



***ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DE
SAÚDE DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA***
DOCUMENTO NORTEADOR

Elaboração: Secretaria Municipal de Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha - Secretário
Celia Cristina Pereira Bortoletto - Secretária Adjunta
Mariana Neubern de Souza Almeida - Chefe de Gabinete
Iara Alves de Camargo - Coordenação de Redes

Organização: Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida
Claudia Regina Charles Taccolini Manzoni
Mirna Reni Marchioni Tedesco

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

São Paulo

2016

Revisão do documento norteador
elaborado em 2012



ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - APD

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
1. A questão da deficiência: histórico, estimativas e necessidades	06
1.1 Histórico	06
1.2 Estimativas e necessidades	09
2. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	17
2.1 O uso da CIF na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	20
2.2 A atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – os Serviços Especializados em Reabilitação – CER e NIR	23
3. Deficiência Intelectual: conceitos e classificação de suportes	25
4. O modelo de acompanhamento terapêutico como estratégia diferenciada de cuidado com foco no território e no protagonismo dos sujeitos	28
5. Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência	30
5.1 Objetivo Geral	30
5.2 Objetivos Específicos	30
5.3 População Alvo	30
5.4 Critérios de Elegibilidade e Alta	31
5.5 Metodologia e Operacionalização	31
5.6 Equipe	36
5.7 Atribuições da equipe	37
5.8 Parâmetros	40
5.9 Responsabilidades	41
5.10 Avaliação e acompanhamento	45
6. Resultados e perspectivas	50
6.1 O caminho se faz caminhando	51
7. Referências Bibliográficas	53
8. Anexos	58

APRESENTAÇÃO

A constituição de uma rede de saúde inclusiva, que acolha, se comprometa e seja corresponsável pelo cuidado em saúde de todos aqueles que dele necessitam é um desafio contínuo do Sistema Único de Saúde.

No que diz respeito à questão da deficiência este desafio ganha maior relevância, pois a ele se somam crenças, valores e posturas historicamente constituídas, relativas ao conceito de deficiência.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde surgiram diversas demandas relativas a 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. Para responder a esta demanda, foi implantada em 2010 o Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Com o desenvolvimento dos trabalhos e a instituição do Plano Nacional Viver sem Limites pelo Ministério da Saúde, reforçando a necessidade articulação dos diversos e adoção de estratégias diferenciadas de cuidado, o Programa passa a ser visto como Estratégia de suporte diferenciada para este segmento da população.

Pessoas com deficiência ainda enfrentam dificuldades significativas para acesso e permanência nos diversos serviços de saúde e em outros setores. Estas apontam a necessidade de implementação contínua de equipamentos, profissionais, de fortalecimento dos processos de educação permanente, mas, também retratam a manutenção de paradigmas excludentes, que ainda fazem parte de nossa sociedade.

Superar estes desafios não é fácil e requer tempo, vontade e um esforço persistente de cada um de nós.

É assim que trabalham as equipes da Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência, comprometidas com o desenvolvimento do protagonismo, exercício da cidadania e a equiparação de oportunidade para as pessoas com deficiência.

Identificando parcerias no seu fazer cotidiano, mobilizando e sendo mobilizadas por outros atores, atuando de forma muito próxima às pessoas com deficiência e suas famílias, estas equipes multiprofissionais se constituíram como estratégia potente de suporte e quebra de paradigmas, na medida em que instigam, articulam, promovem reflexão, vivenciam e praticam com os diversos atores experiências de inclusão e de atualização de potencialidades.

O presente documento foi construído de forma a explicitar os princípios, diretrizes e forma de operacionalização da Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência, de forma a subsidiar gestores e profissionais para seu acompanhamento.

Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

1. A QUESTÃO DA DEFICIÊNCIA: HISTÓRICO, ESTIMATIVAS E NECESSIDADES

1.1 Histórico

Historicamente, o olhar e as propostas de intervenção voltadas às pessoas com deficiência foram sofrendo modificações, em função de crenças, valores e costumes vigentes.

Na Antiguidade, as pessoas com deficiência não eram consideradas humanas, sendo que as crianças que nasciam com deficiência eram abandonadas ao relento até a morte, sem maiores questionamentos (ARANHA, 2003; PESSOTTI, 1984).

Com o advento do Cristianismo a deficiência ganhou uma concepção metafísica ou sobrenatural, sendo entendida como vontade divina, como consequência do pecado ou obra demoníaca. As pessoas com deficiência adquiriram o status humano já que passaram a possuir uma alma. Desta forma, a morte e o abandono das crianças com deficiência não eram mais aceitos pela moral cristã. A custódia e o cuidado destas crianças, ou até mesmo adultos, passaram a ser assumidos pela família e pela Igreja (ARANHA, 2003).

Em meados do século XVII na Europa, sobretudo na França, os hospitais, que até então eram hospitais equivalentes às instituições de caridade religiosas, começaram a converter-se em instituições com função de ordem social mais explícita, dando origem aos chamados Hospitais Gerais (AMARANTE, 2007). Pessoas com deficiência eram confinadas juntamente com criminosos, prostitutas, idosos, pecadores, e todos aqueles que a sociedade rejeitava, e que a ela não mais serviam (FOUCAULT, 1979).

Com a Revolução Burguesa, o capitalismo mercantil trouxe mudanças no sistema de produção e as pessoas que não conseguiam ser produtivas e oneravam a sociedade eram tidas como deficientes e desvalorizadas (ARANHA, 2003).

Neste contexto, a forma sobrenatural e supersticiosa de compreender o homem vai se transformando em uma visão mais concreta da natureza humana, sendo a leitura organicista da deficiência cada vez mais favorecida.

Com o advento do pensamento científico, a partir do século XIX, a deficiência passou a ser entendida como uma patologia. Várias instituições foram criadas, com o intuito de normalizar, recuperar e educar o corpo que se considerava patológico (ROCHA, 1990).

Passou a vigorar, assim, a ideologia da normalização, na qual o indivíduo com deficiência, para exercer seu direito à cidadania, precisava ser preparado para se tornar o mais normal possível. Para isso, precisava ser atendido em instituições que reproduzissem ambientes que se assemelhassem à vida cotidiana das demais pessoas, para que neles pudesse ser adaptado à normalidade e só então, ser integrado à sociedade.

Esta forma de compreensão foi considerada como o *Paradigma de Serviços*.

Cabe ressaltar que após as duas Grandes Guerras Mundiais, movimentos que buscavam a defesa dos direitos humanos e a integração das minorias foram intensificados. A institucionalização, a segregação e as relações de poder político-econômico que dominavam começaram a ser muito questionadas. São exemplos disto o movimento anti-manicomial, o feminismo, a liberação sexual e, entre outros, o movimento das pessoas com deficiência.

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 preocupando-se também em criar estratégias de ação para operacionalização destes valores (PASTORE, 2000; SASSAKI, 1997).

Apesar do *Paradigma de Serviços* representar um avanço frente às propostas de institucionalização total, pois supunha uma convivência futura, a segregação ainda continuava nestas novas entidades. Havia a ideia de que as pessoas com deficiência pudessem ser de tal modo transformadas a ponto de, em certo momento, não apresentarem mais suas limitações (ARANHA, 2003; 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 necessitaria disponibilizar suportes sociais, econômicos, físicos e legais, dentre outros necessários, para que a pessoa com deficiência pudesse adquirir imediatamente acesso ao espaço comum na sociedade.

O *Paradigma de Serviços* é então substituído pelo *Paradigma de Suportes*, 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.

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, 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 igualdades 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 da mudança do *Paradigma de Serviços* (normalização) para o *Paradigma de Suportes* (inclusão), atualmente observa-se que estas modificações ainda não se enraizaram na prática. As duas formas de olhar coexistem no cotidiano e às vezes até encontramos abordagens e posturas no lidar com a deficiência que ainda associam esta situação às condições medievais e sub-humanas.

Desta maneira, é fundamental novas propostas de intervenção para este segmento da população de modo que os princípios constantes no paradigma de suporte possam de fato ser incorporados nos diversos âmbitos da vida cotidiana.

1.2. Estimativas e necessidades

Em 2011, foi lançado o Relatório Mundial sobre a Deficiência, produzido em conjunto pela OMS e Banco Mundial. O Relatório condensa informações mundiais sobre a atenção às pessoas com deficiência e sugere ações que propiciam a criação de ambientes facilitadores e atendam às necessidades de suporte, reabilitação e proteção social destas pessoas. Aponta medidas para melhorar a acessibilidade, promover a igualdade de oportunidades, participação e inclusão, bem como maior autonomia e dignidade às pessoas com deficiência. (RELATÓRIO, 2011)

“As Pessoas com Deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas”. Em parte, isto decorre de barreiras arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, que impedem sua participação plena, eficaz e igualitária na sociedade. Assim, ambientes inacessíveis criam deficiências ao criarem barreiras à participação e inclusão. (RELATÓRIO, 2011)

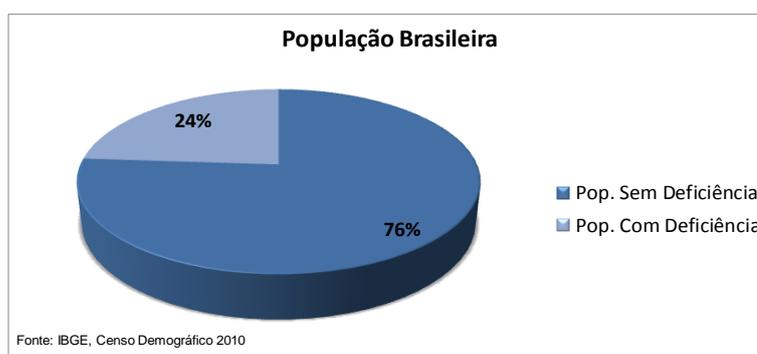
A OMS estimou que 15% da população mundial (mais de um bilhão de pessoas) vivem com algum tipo de deficiência. Entre adultos estima-se a presença de deficiência em 15,6% a 19,4% da população mundial, sendo 2,2% a 3,8% deficiências significativas. Estes dados foram obtidos na Pesquisa Mundial de Saúde, que se baseou na Classificação Internacional de Funcionalidade para coletar informações sobre saúde e deficiência em pessoas de 18 anos ou mais em 59 países, entre 2002 e 2004, representando 64% da população mundial. Pautou-se ainda, no Estudo sobre a Carga Global de Doenças, que analisou 130 problemas de saúde e suas limitações funcionais em 17 sub-regiões do mundo no ano de 2004 (RELATÓRIO, 2011, cap. 2).

Este número é superior ao que foi previsto em 1970, que indicava 10% da população com algum tipo de deficiência. Como fatores importantes desta mudança destacam-se o envelhecimento da população, aumento de doenças crônicas e fatores ambientais.

Partindo da estimativa do Relatório, aproximadamente 1.688.025 pessoas apresentariam deficiência na cidade de São Paulo, sendo que de 227.577 a 427.633 apresentariam deficiências significativas. No entanto, o documento recomenda que esta estimativa não seja comparada a dados de Censos e pesquisas realizados nos diversos países, uma vez que são utilizadas metodologias, abordagens, perguntas e definições diversas sobre deficiência, impossibilitando a comparação entre os dados (Relatório, 2011, cap. 2).

No Brasil, o CENSO realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2010 apontou 23,9% da população com algum tipo de deficiência, ou seja, aproximadamente 45,6 milhões de pessoas, em sua maioria mulheres (gráfico 1).

Gráfico 1: população brasileira com deficiência



Estes dados foram provenientes de questionário amostral que levantou informações sobre deficiência física/motora, visual, auditiva e mental/intelectual em 11% dos domicílios entrevistados (quadro 1).

Segundo o IBGE, 68% das pessoas idosas referiram algum tipo de deficiência e 27,1% das pessoas que se autorreferiram como de raça/cor preta e amarela apontaram algum tipo de deficiência.

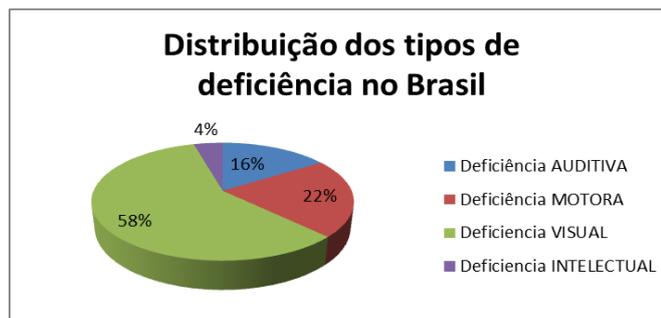
Quadro1: Questionário utilizado pelo Censo do IBGE, 2010

- 6.14 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE ENXERGAR? (SE UTILIZA ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO OS ESTIVER UTILIZANDO)
- 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM
 - 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE,
 - 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE
 - 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE
- 6.15 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE OUVIR? (SE UTILIZA APARELHO AUDITIVO, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO O ESTIVER UTILIZANDO)
- 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM
 - 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE
 - 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE
 - 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE
- 6.16 - TEM DIFICULDADE PERMANENTE DE CAMINHAR OU SUBIR DEGRAUS? (SE UTILIZA PRÓTESE, BENGALA OU APARELHO AUXILIAR, FAÇA SUA AVALIAÇÃO QUANDO O ESTIVER UTILIZANDO)
- 1 - SIM, NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM
 - 2 - SIM, GRANDE DIFICULDADE
 - 3 - SIM, ALGUMA DIFICULDADE
 - 4 - NÃO, NENHUMA DIFICULDADE
- 6.17 - TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA MENTAL/INTELLECTUAL PERMANENTE QUE LIMITE AS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS, COMO TRABALHAR, IR À ESCOLA, BRINCAR, ETC.?
- 1 - SIM
 - 2 - NÃO

Com base na pesquisa realizada, o IBGE apontou que as desigualdades permanecem em relação às pessoas com deficiência, que têm taxas de escolarização, ocupação e rendimentos menores que a população sem deficiência.

No que diz respeito ao tipo de deficiência apresentado, a deficiência visual foi a condição mais referida, seguida da deficiência motora, auditiva e mental/intelectual (gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos tipos de Deficiência no Brasil (IBGE, Censo 2010)



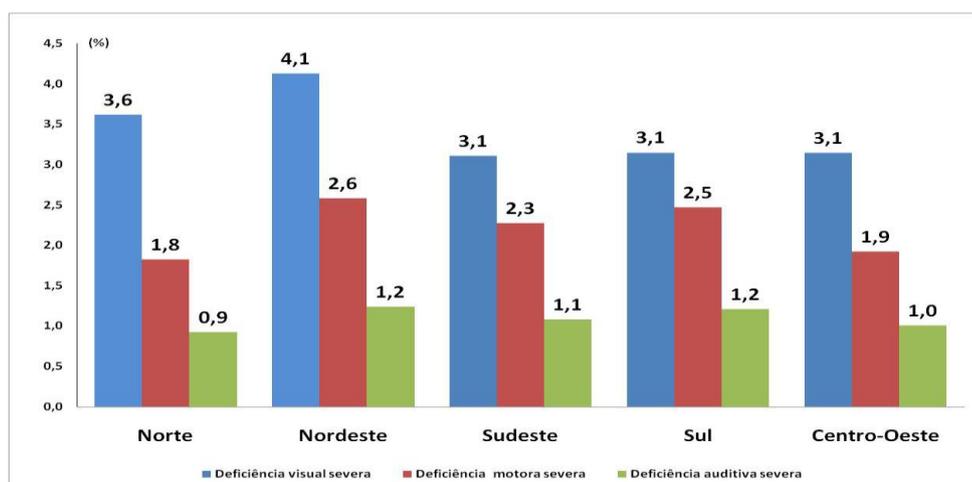
O Relatório Mundial ressalta a diversidade de condições encontradas entre as pessoas com deficiência, sendo que “pessoas com deficiência intelectual ou problemas de saúde mental parecem ser mais desprovidas em muitos cenários do que as que enfrentam pessoas com deficiências física ou sensoriais”, assim como as pessoas com deficiências “mais graves costumam enfrentar maiores desvantagens”. (RELATÓRIO, 2011, p. 8)

O Censo 2010 não contemplou questões que pudessem indicar maior ou menor limitação ou restrição à participação das pessoas com deficiência intelectual, mas permitiu identificar entre a população brasileira pessoas com deficiências visuais, motoras e auditivas severas, que referiram grande dificuldade ou impossibilidade de enxergar, ouvir ou caminhar/subir degraus (tabela 1 e gráfico 3).

Tabela 1: Número de pessoas que referiram deficiência no Brasil, por grau de severidade (IBGE, Censo 2010)

BRASIL	Deficiência AUDITIVA	Deficiência MOTORA	Deficiência VISUAL	Deficiência INTELECTUAL
Não consegue	344.206	734.421	506.377	
Grande dificuldade	1.798.967	3.698.929	6.056.533	
Alguma dificuldade	7.574.145	8.832.249	29.211.482	
Total de pessoas que referiram a deficiência	9.717.318	13.265.599	35.774.392	2.611.536

Gráfico 3 - Porcentagem da população por tipo de deficiência severa investigada, segundo as Grandes Regiões – 2010



Da mesma forma que os dados gerais da amostra, este número foi maior para a deficiência visual, seguido da deficiência motora e auditiva. Note que o número de deficiências referidas (61.368.845) é maior que o número de pessoas que referiram a presença de deficiências (45.606.048), o que significa que um número determinado de pessoas referiu mais de um tipo de deficiência.

Quanto aos dados da cidade de São Paulo, o Censo apontou que dos 11.253.503 habitantes, 2.759.004 referiram apresentar pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 24,52 % da população (tabela 2).

Tabela 2: Número de pessoas que referiram deficiência na cidade de São Paulo, por grau de severidade (IBGE, Censo 2010)

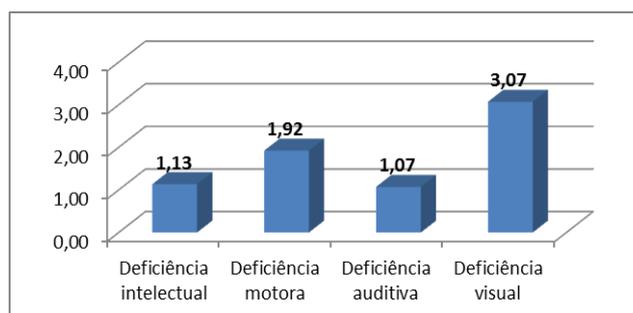
SÃO PAULO	Deficiência AUDITIVA	Deficiência MOTORA	Deficiência VISUAL	Deficiência INTELECTUAL
não consegue	30.202	45.948	53.068	
grande dificuldade	90.458	170.445	292.410	
alguma dificuldade	396.003	458.016	1.928.988	
Total de pessoas que referiram a deficiência	516.663	674.409	2.274.466	127.549

No que diz respeito à severidade, tomando como base os dados levantados pelo Censo, foram encontradas 810.080 referências de limitações funcionais severas (grande dificuldade, não consegue de modo algum e

deficiência intelectual), correspondendo a 22,55 % das limitações funcionais relatadas.

Partindo-se do parâmetro populacional, 3,07% da população apresentariam deficiência visual severa, seguido de deficiências motora severa (1,92%), intelectual (1,13%) e auditiva severa (1,07%), conforme Gráfico 4.

Gráfico 4: Percentual da população da cidade de São Paulo por tipo de deficiência severa investigada, 2010



O Relatório Mundial apresenta informações com relação às maiores dificuldades e necessidades da pessoa com deficiência.

No âmbito da saúde, pessoas com deficiência têm mais necessidades não satisfeitas que a população geral, sendo necessárias estratégias para minimização ou superação dos diversos obstáculos que interferem na acessibilidade à assistência. Treinamento dos profissionais de saúde, capacitação das pessoas com deficiência para melhorar sua saúde, envolvimento das pessoas com deficiência nestes processos são alguns exemplos de ações a serem desencadeadas. (RELATÓRIO, 2011. p.85)

No que diz respeito especificamente à reabilitação, constitui-se serviço essencial para a ampliação da participação social, devendo estar acessível, ocorrer de forma oportuna, com qualidade, estar voltada à pessoa e sua família e ocorrer o mais próximo possível da comunidade onde a pessoa vive.

Quanto à escolaridade, crianças com deficiência têm menor probabilidade de começar a escola e índices mais baixos de permanência, sendo necessário remover barreiras físicas e de atitudes. (RELATÓRIO, 2011, p.234 – 235)

No que diz respeito ao trabalho, pessoas com deficiência enfrentam menores taxas de empregabilidade e maiores taxas de desemprego, em decorrência da falta de acesso à educação, reabilitação, treinamento vocacional, além da falta de acessibilidade física, de comunicação e atitudinal nos ambientes de trabalho. (RELATÓRIO, 2011, p.259)

O Relatório refere, ainda, que muitas pessoas com deficiência necessitam de ações de suporte para a qualidade de vida e participação com igualdade de oportunidades. Este suporte é geralmente fornecido pela família ou rede social, mas por vezes não está disponível, é inadequado ou insuficiente. O mesmo ocorre com o suporte formal, fornecido pelo Estado, Organizações não Governamentais ou prestadores privados. Neste sentido, afirma a importância da associação dos suportes informal e formal.

Afirma, ainda, a importância do olhar individualizado para atender às necessidades singulares e de participação da pessoa com deficiência nas decisões, de forma a promover a máxima autonomia possível. Devem ser desencadeadas ações com vistas ao treinamento e apoio a cuidadores formais e informais, possibilitar que a pessoa viva e participe da comunidade, evitando-se ambientes segregados. Segundo o Relatório, equipes de reabilitação próximas à comunidade são importantes atores para contribuir com este suporte e acesso aos diversos serviços. (RELATÓRIO, 2011, p.165 -167)

Por fim, cabe ressaltar que há experiências heterogêneas entre as pessoas com deficiência. Crianças com deficiência intelectual ou sensorial costumam enfrentar menor adesão à escolaridade que as com deficiência física. Da mesma forma, pessoas com deficiência intelectual são frequentemente mais excluídas do mercado de trabalho. (RELATÓRIO, 2011, p.270)

As dificuldades já levantadas somam-se às situações de desestruturação familiar, sobrecarga do cuidador, envelhecimento da pessoa e dos familiares, isolamento e dificuldade de estabelecimento de redes de suporte social para a continuidade do cuidado.

Todos estes fatores resultam em exclusão social e no frequente enfrentamento de barreiras incapacitantes, que restringem ou impedem a participação dessas pessoas em diversos setores da sociedade. Atitudes

resultantes de preconceito negam oportunidades em diversas áreas de cuidado e promoção de desenvolvimento pessoal, tais como serviços de saúde, educação, assistência social, trabalho e emprego, cultura, lazer, esportes, entre outros.

É necessário oferecer diferentes tipos de suporte às pessoas com deficiência, com olhar especial para aqueles que requerem maior apoio para a equiparação de oportunidades.



2. A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Em meio aos diversos avanços do SUS, a fragmentação entre serviços de saúde permanece como desafio a ser enfrentado.

Neste cenário, em 2010 o Ministério da Saúde publica proposta de reordenamento do sistema no formato de Redes de Atenção à Saúde (RAS), estratégia que visa promover a “integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”. (MS, RAS, 2011)

As RAS se fundamentam em um arranjo organizacional que parte da horizontalidade entre os diversos pontos de atenção (espaços onde se oferta os cuidados em saúde), que se relacionam entre si em torno do compartilhamento de objetivos frente às necessidades em saúde da população adscrita de maneira a promover uma atenção contínua, integral e multiprofissional. O papel de centro de comunicação desta rede é exercido pela Atenção Básica ou Primária à Saúde (APS).

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (Portaria MS/GM nº 2.448/11). Tem como fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado junto aos outros pontos de atenção, sejam eles da atenção especializada, hospitalar, ou de outros recursos do território.

Por sua característica de se fundamentar em ações regionalizadas, a RAS permite que a busca de soluções frente a situações problema de um território circunscrito se estabeleça a partir de reflexões e arranjos multiprofissionais e interinstitucionais, convocando o protagonismo dos profissionais que atuam na efetivação direta do cuidado junto aos usuários.

Os princípios, diretrizes e instrumentos da Política Nacional de humanização (PNH) são fundamentais nesta organização, trazendo à cena a

importância da construção coletiva e compartilhamento de práticas em saúde, o reconhecimento da singularidade, autonomia e protagonismo de sujeitos, o olhar e intervenção baseados na Clínica Ampliada, em Projetos Terapêuticos Singulares, Equipes de Referência e a utilização de apoio matricial.

No âmbito da Pessoa com Deficiência, em novembro de 2011 o Ministério da Saúde lança o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, Decreto Nº 7.612. O mesmo integra ações de 15 Ministérios e tem por objetivo implementar novas iniciativas e intensificar ações já desenvolvidas em benefício das pessoas com deficiência. Conta, ainda, com a participação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Conade (<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>).

Na Saúde é publicada a Portaria 793/12, instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que orienta a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua.

A partir da composição das diretrizes e preceitos organizativos da RAS, do conceito de deficiência constante na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, dos dados do Relatório Mundial de Saúde e cenário da atenção à Pessoa com Deficiência no Brasil, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência define as seguintes diretrizes para o cuidado em saúde deste segmento da população:

I - o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;

II - a promoção da equidade;

III - a promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;

IV - a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - a diversificação das estratégias de cuidado;

VII - o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII- a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

IX - a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

X - a promoção de estratégias de educação permanente;

XI - o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e

XII- o desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

São objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ampliar o acesso e qualificar o atendimento, promover a vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

A Rede de Cuidados tem como componentes a Atenção Básica, com as Unidades Básicas de Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Atenção Odontológica; a Atenção Especializada, com os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além dos serviços já habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Os componentes devem estabelecer fluxos e práticas de cuidado contínuas, coordenadas e articuladas; produzir de forma matricial um Projeto Terapêutico Singular, baseado em necessidades e capacidades das pessoas com deficiência; articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para acompanhamento compartilhado de casos e com a Rede de Ensino, para oferecer apoio e orientação aos educadores.

2.1 O USO DA CIF NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Destaca-se como elemento de avaliação comum na rede o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e lançada no Brasil no ano de 2003.

A classificação, a ser utilizada em composição com a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde), visa ultrapassar a lógica simplista e dicotômica da relação entre saúde e doença, de forma a descrever a funcionalidade e a incapacidade de forma dinâmica e ampliada, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como atividades e participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Ao relacionar às condições de saúde os fatores contextuais, a CIF possibilita a identificação das barreiras e dos facilitadores da atuação saudável do indivíduo em seu meio (DI NUBILA, 2007).

Esta dinamicidade e interação multifatorial são descritas no diagrama abaixo, sendo que “intervenções em um elemento tem o potencial de modificar um ou mais dos outros elementos.” (CIF, pg 31).

Quadro 2: Componentes (diagrama) da CIF (FARIAS, N. & BUCHALLA, C.M., 2005)

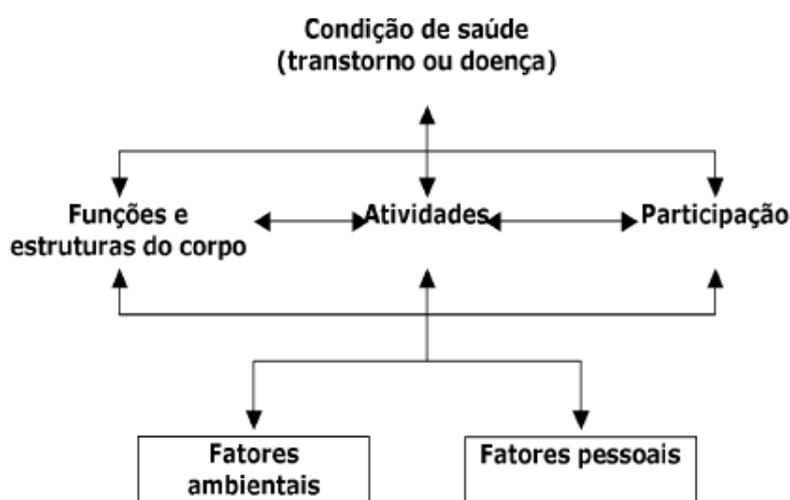


Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2003) .
Figure 1 – Interaction between the components of ICF. Adapted from WHO (2003).

Assim, a CIF descreve domínios de saúde e relacionados à saúde, aplica-se a todas as pessoas e traz componentes relacionados à funcionalidade e incapacidade, e também a fatores contextuais.

A Funcionalidade e Incapacidade têm como componentes (quadro 2):

- O Corpo, com suas estruturas anatômicas e funções fisiológicas. Pela CIF, Deficiências são problemas nas estruturas do corpo ou funções.
- As Atividades e Participação. Segundo a CIF, atividade é a execução de uma tarefa ou ação, e sua limitação é a dificuldade que uma pessoa pode vivenciar na execução das atividades. Participação, por sua vez, implica no envolvimento em situações de vida diária, cuja restrição está relacionada às dificuldades encontradas neste envolvimento. No âmbito das atividades e participação, são considerados os seguintes domínios:
 - aprendizado e aplicação do conhecimento,
 - tarefas e demandas gerais,
 - comunicação,
 - mobilidade,
 - cuidado pessoal,
 - vida doméstica,
 - interações e relacionamentos interpessoais,
 - áreas principais da vida (educação, trabalho e emprego, vida econômica), e
 - vida comunitária, social e cívica (participação em associações, recreação e lazer, religião e espiritualidade).

Os fatores contextuais podem repercutir de forma positiva ou negativa no desempenho, na capacidade de realizar ações ou sobre a estrutura do corpo. Incluem os seguintes componentes:

- fatores ambientais, relativos ao ambiente físico, social e atitudinal onde a pessoa se insere;
- fatores pessoais, relativos às características, ao histórico e estilo de vida da pessoa.

O conceito trazido pela CIF e representado no diagrama reafirma a concepção que a experiência da deficiência e o formato de cuidado se estabelecem a partir do encontro com as barreiras e a possibilidade de

equiparação de oportunidades, dessa maneira, seu uso por todos os pontos de atenção da rede auxilia na proposta de cuidado integral e integrado.

Por tratar-se de discussão recente cujo impacto se dá de maneira processual, o uso da CIF se estabelece como compromisso a ser assumido pelos diversos pontos na atenção à pessoa com deficiência, especialmente os pontos de atenção especializada – os Centros Especializados em Reabilitação— CER, Núcleos Integrados de Reabilitação e de Saúde Auditiva.



2.2 A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO: CER E NIR

A centralização da atenção em serviços especializados e intervenções de reabilitação com foco na normalização sempre tiveram um lugar importante no histórico do cuidado em saúde voltado à pessoa com deficiência.

Com o fortalecimento das Redes de Atenção, a mudança de olhar sobre a deficiência centrada na Inclusão, a atenção especializada passa a ter o grande desafio de se estabelecer a partir de um novo paradigma.

O documento orientador do CER destaca a diferença entre os termos reabilitar e habilitar, de maneira que o papel da saúde está, na maior parte das vezes, em habilitar os sujeitos a novas realidades biopsicossociais, movimento este que é dinâmico e contínuo.

Desta maneira, as diretrizes dos pontos de atenção especializada enfatizam o papel do CER e NIR enquanto parte de uma rede territorial e elementos facilitadores das possibilidades de vida da pessoa com deficiência em seu ambiente de circulação.

Entre as diretrizes para os serviços especializados cabe destacar a construção de projetos terapêuticos com a participação do usuário e família e foco na produção da autonomia e máximo de independência possível em diferentes aspectos da vida; a atuação em equipe multidisciplinar no serviço especializado e sua integração com outros equipamentos do território para um cuidado articulado e contínuo, a integração da equipe com equipamentos de outros setores. Ressalta-se, ainda, a importância da adequada indicação e adaptação de dispositivos assistivos ao ambiente físico e social.

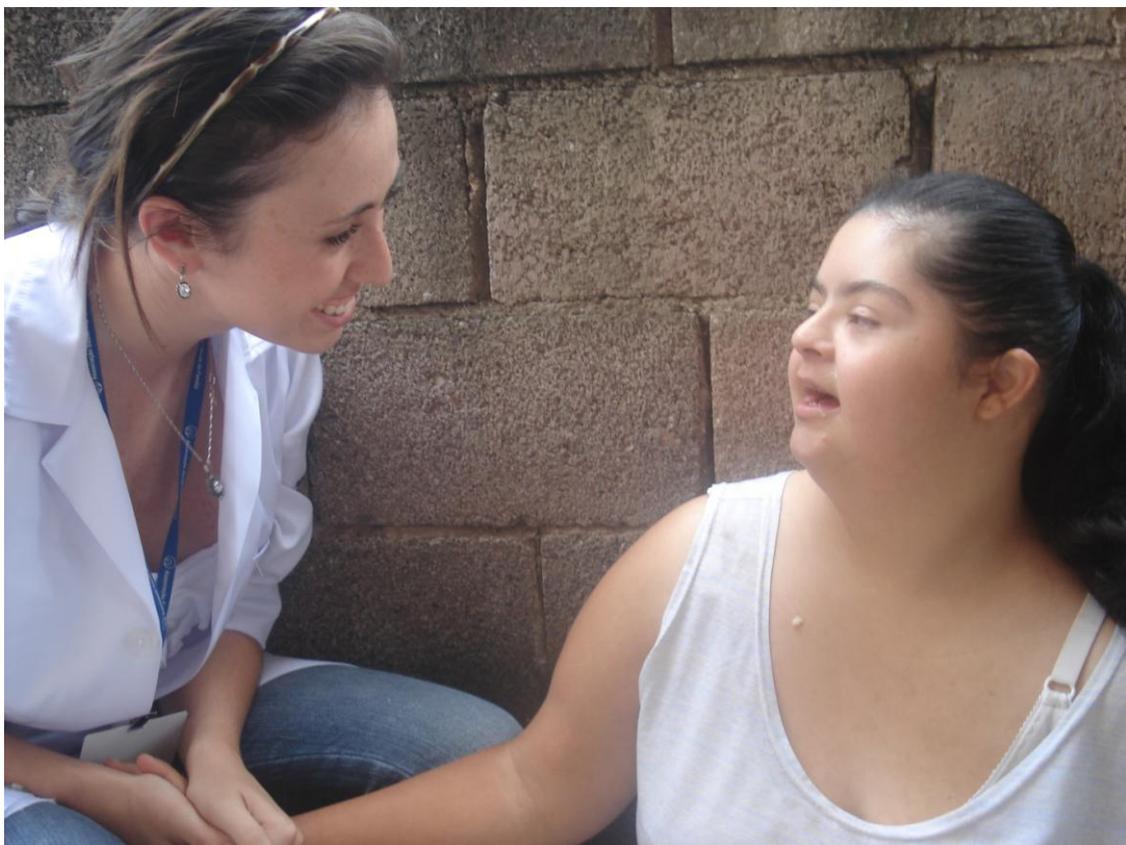
As diretrizes dizem respeito a todas as modalidades de reabilitação ofertadas pelos CER – Física, Auditiva, Visual e Intelectual, sendo que especificidades relacionadas a cada uma dessas modalidades delineiam os elementos referentes à operacionalização das ações.

Se as órteses, próteses, bengalas e aparelhos auditivos constituem tecnologias assistivas fundamentais para maior autonomia e independência de

peças com deficiência física, visual e auditiva, peças com deficiência intelectual requerem outras tecnologias de suporte.

Neste sentido, seguindo as diretrizes da Rede, as equipes APD se constituem como estratégia diferenciada de cuidado, centrada na necessidade das peças com deficiência intelectual e de suas famílias.

Integradas aos serviços especializados em reabilitação – CER e NIR, a função destas equipes é fornecer o suporte necessário para maior autonomia, independência e protagonismo, bem como promover articulação no território com vistas a ampliação do acesso e a permanência nos diversos serviços.



3. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE SUPORTES

Em 1995 a expressão 'deficiência intelectual' foi oficialmente utilizada, quando a Organização das Nações Unidas (juntamente com *The National Institute of Child Health and Human Development*, *The Joseph P. Kennedy, Jr. Foundation*, e *The 1995 Special Olympics World Games*) realizou, em Nova York, um Simpósio, chamado "Intellectual disability: programs, policies, and planning for the future" (Deficiência intelectual: estratégias, políticas e planejamento para o futuro).

Segundo SASSAKI (2007) "é mais apropriado o termo intelectual por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo".

Em 2007 a deficiência intelectual foi caracterizada pela Associação Internacional de Estudos Científicos das Deficiências Intelectuais (AAIDD, 2007) "por um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado a duas ou mais limitações nas seguintes áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidado, atividades de vida prática, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, auto-orientação, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho".

Atualmente a AAID conceitua as habilidades adaptativas em três grupos:

- habilidades conceituais – linguagem e literatura; conceitos numéricos, como dinheiro e tempo; e auto-orientação;
- habilidades sociais – habilidades interacionais, resolução de problemas relacionais;
- habilidades práticas – atividades de vida diária (cuidado pessoal) e prática, habilidades ocupacionais, transporte, rotinas e segurança.

Prejuízos nestas aptidões devem se manifestar antes dos 18 anos. Esta idade foi estabelecida por convenção e por caracterizar o período de desenvolvimento do sistema nervoso central, que diferencia a deficiência intelectual dos processos degenerativos e/ou demências.

É necessário que as limitações intelectuais e adaptativas sejam culturalmente significativas e qualificadas como deficitárias.

Em referência à classificação da AAID, VERDUGO (1994) coloca que "esta nova classificação tem importantes implicações para o sistema de prestação de serviços para essas pessoas", pois se afasta das teorias e práticas que utilizavam amplamente o quociente de inteligência (QI) inferior a setenta, média apresentada pela população, como única forma de diagnóstico de deficiência intelectual.

"As terminologias de deficiência mental leve, média, severa e profunda deixam de ser utilizadas. Assim, um diagnóstico poderia se expressar do seguinte modo: uma pessoa com deficiência mental que necessita apoios limitados em habilidades de comunicação e habilidades sociais. Este ou outros exemplos constituem descrições mais funcionais, relevantes e orientadas à prestação de serviços e ao estabelecimento de objetivos de intervenção, que o sistema de rótulos em uso até agora." (VERDUGO, 1994).

Para o autor a ênfase da intervenção no trabalho com estas pessoas com deficiência intelectual está relacionada à potencialidade, singularidade e possibilidades, de forma que sejam oferecidos diferentes formas de apoio necessárias para fomentar a inclusão, a autonomia e a independência para todas as pessoas com deficiência.

Segundo VERDUGO (1994), os suportes necessários 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 traz assim, um novo olhar para a questão da deficiência intelectual, incorporando ao conceito das habilidades adaptativas diferentes níveis de suporte, que devem nortear as reflexões, avaliações e intervenções propostas pela equipe nas diferentes unidades de saúde.



4. O MODELO DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DIFERENCIADA DE CUIDADO COM FOCO NO TERRITÓRIO E NO PROTAGONISMO DOS SUJEITOS

O Acompanhamento Terapêutico é um tipo de intervenção que surgiu como dispositivo clínico durante a reforma psiquiátrica para inovar a capacidade terapêutica, destituindo os hospitais psiquiátricos da função de segregação. Na década de 60, esta intervenção de fato se consolidou na América Latina, contextualizada pelo movimento antipsiquiátrico.

Os pacientes eram acompanhados pelos profissionais dos hospitais psiquiátricos aos equipamentos institucionais espalhados pela cidade, de modo que, muitas vezes, não se discernia quem era “paciente” e quem era “profissional”. O Acompanhamento Terapêutico também favoreceu para que intervenções clássicas como as farmacológicas e o eletro choque perdessem força (SERENO, 1996).

O Acompanhante Terapêutico é 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). Manejar implica em criar condições para que experiências possam ser vividas.

Esta flexibilidade que o Acompanhamento Terapêutico tem de ir ao encontro das necessidades do sujeito, utilizando os mais diversos recursos e contextos como material de trabalho, começa, com o decorrer do tempo, a ser utilizada como intervenção não só para pacientes psiquiátricos, mas para todos aqueles que se encontram impedidos em seu desenvolvimento, considerando que experiências vivenciadas pelo ser humano resultam num processo contínuo de vir a ser.

MARINHO (2009, p.84) nos diz que o Acompanhamento Terapêutico é um dispositivo de forças que produz, por meio da relação de afeto entre a dupla acompanhante e acompanhado, “o atravessamento transformador nos diversos níveis de organizações (inclusive as psíquicas) já instituídas socialmente, para promover ou inventar modos possíveis de estar com o outro e com o corpo social”.

As pessoas com deficiência, marcadas historicamente pela segregação e invisibilidade, também passaram a se beneficiar deste tipo de intervenção. Porém, muitas delas, enfatizando aquelas com deficiência intelectual e em vulnerabilidade social, ainda vivem em mundo que pouco se assemelha ao humano. Muito segregadas, com um repertório de vida deveras empobrecido, intervenções inspiradas no Acompanhamento Terapêutico podem contribuir para que estas pessoas tenham experiências de vida, gestos reconhecidos, que promovam acesso dignificante a uma realidade compartilhada do mundo humano.

Neste sentido, a prática da Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência se aproxima à do Acompanhamento Terapêutico, resgatando identidades, promovendo apropriação e ampliação do território habitado (casa, comunidade e equipamentos), provocando mudanças na forma em que o sujeito se vê, experimenta e se relaciona.



5. ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

5.1. Objetivo Geral:

Fornecer suporte diferenciado às pessoas com deficiência para o cuidado em saúde no território, protagonismo, autonomia, independência e para evitar o abrigamento ou internação.

5.2. Objetivos específicos:

- Ampliar o acesso, favorecer a permanência e vinculação das pessoas com deficiência intelectual aos diversos equipamentos, serviços e ações de saúde no território de moradia;
- Desenvolver ações que contribuam para a criação, manutenção e fortalecimento de vínculos familiares e sociais;
- Contribuir para a reorganização da dinâmica familiar, de forma a estimular a cooperação de todos nos cuidados à pessoa com deficiência;
- Prevenir agravos, promover a maior autonomia possível e desenvolver potencialidades;
- Estimular o desenvolvimento e aprimoramento de AVD (atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas);
- Articular intersetorialmente e oferecer apoio para a participação em espaços terapêuticos, sociais, de lazer e trabalho;
- Oferecer suporte à pessoa e seus familiares/cuidadores, de acordo com as necessidades e desejos identificados;
- 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.

5.3 População Alvo: pessoas com deficiência intelectual, que necessitam de suporte/apoio para o cuidado em saúde nos diferentes ciclos de vida, bem como ampliação do protagonismo e participação social.

5.4 Critérios de elegibilidade e alta

5.4.1 Critérios de elegibilidade:

- Deficiência intelectual;
- Necessidade de suporte diferenciado para garantia de acesso e permanência aos serviços de saúde, maior autonomia e participação social;
- Residência na área de abrangência, considerando o parâmetro de tempo de trajeto;
- Insuficiência no suporte familiar e social.

5.4.2 Critérios de alta/desligamento:

- Alcance dos objetivos do PTS;
- Melhora na autonomia;
- Suporte familiar e social estabelecido;
- Identificação de indisponibilidade da família para a continuidade do atendimento (pode repercutir no desligamento ou monitoramento);
- Mudança de região;
- Óbito.

Obs.: O desligamento deverá, dentro do possível, ocorrer de forma gradual.

5.5 Metodologia e operacionalização

A Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência caracteriza-se como estratégia de cuidado diferenciada que foi integrada aos NIR ou CER. As equipes atuam em território definido, desenvolvendo ações nos domicílios, na comunidade e em unidades de saúde.

Para o desenvolvimento das atividades, as equipes mapeiam os recursos existentes na comunidade, já que as ações de reabilitação propostas tem enfoque no território.

O acesso a estratégia deverá ocorrer preferencialmente via a avaliação multiprofissional em reabilitação no CER/NIR, agendada pelo SIGA, ocasião que será preenchido o cadastro da Pessoa com Deficiência (ANEXO I).

Na avaliação são analisados aspectos relativos às necessidades da pessoa, incluindo terapias, potencialidades, identificação de barreiras e

facilitadores, fatores ambientais e pessoais, atividades que realiza, participação social, expectativas da pessoa e da família.

Desta forma, é recomendado que membro da equipe APD participe das avaliações multiprofissionais do CER/NIR relativas a reabilitação intelectual, observando-se a manutenção das diretrizes e metas da estratégia.

Uma vez identificada na discussão de caso a necessidade da estratégia APD, a equipe responsável pela estratégia procederá o Cadastro APD (ANEXO II) e irá realizar avaliação complementar, buscando todos os subsídios necessários à intervenção.

Considerando a vulnerabilidade que muitas pessoas com deficiência intelectual vivenciam, a identificação da demanda para a estratégia também deverá ocorrer a partir de busca ativa no território e de visita domiciliar. Os pacientes identificados a partir de busca ativa também constituem casos novos do serviço, devendo ser contabilizados nas metas de produção do CER/NIR e discutidos com os demais membros do CER/NIR. Sempre que possível, deverão realizar avaliação multiprofissional em reabilitação intelectual no CER/NIR e, sempre que necessário, incluídos em atendimentos específicos realizados por outros profissionais da unidade.

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 partir da avaliação, será elaborado projeto terapêutico singular (PTS), sempre que possível em conjunto com a pessoa, família, 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 favorecerá resultados mais saudáveis, vidas mais potentes e pessoas mais dignas.

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, podendo ocorrer com frequência variada, uma ou mais vezes por semana, 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.

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, primeiro objetivo geral do PTS.

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

Esta participação intensa no cotidiano da pessoa e sua família confere à APD um diferencial que se soma à atuação de outras equipes de saúde, tanto da atenção básica quanto 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 transformam o olhar e a dinâmica familiar, no momento em que 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 (MTHPIS), 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, reavivando a potência criativa do usuário, re-estabelecendo trocas com o ambiente e com outros sujeitos, apesar das situações difíceis que possam ser vivenciadas.

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 este 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.

São necessárias ações de matriciamento frequentes entre a equipe e os serviços do território, constituindo-se um espaço propício para corresponsabilização, capacitação em serviço e educação permanente.

Em função da especificidade desta população, que vivencia necessidades de suporte diferenciadas durante o período de atendimento, foi

estruturado trabalho de monitoramento, que pode acontecer com periodicidade variável, quinzenal ou mensal nas seguintes situações:

- No momento em que se identifica melhora na autonomia e/ou fortalecimento do suporte familiar e social, como preparo para alta;
- Enquanto aguardam o início das intervenções regulares, em função do tempo necessário para organização e disponibilidade da família e equipe para o início. Por exemplo, em decorrência de tratamentos de saúde em andamento, horários de acompanhamento, articulações necessárias com os demais serviços ou fila de espera;
- 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.

Para o processo de alta deverá ser reaplicado o formulário de Cadastro da APD (ANEXO II), 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.

Todas as atividades da APD são registradas no prontuário do usuário do CER/NIR e em instrumentos específicos, Visando o fortalecimento da atenção básica na coordenação do cuidado compartilhado, as equipes envolvidas devem desencadear estratégias de registro de informações das ações também nos prontuários das UBS.

A diversidade das intervenções atribuídas a esta equipe envolvendo outras unidades, domicílios e entorno, justifica a necessidade de atender um número específico de casos, geralmente inferior ao número esperado em intervenções terapêuticas clínicas tradicionais.

Faz-se necessário, ainda, monitoramento e supervisão técnica contínua, assim como o auxílio administrativo para a operacionalização do trabalho da equipe, de forma a garantir a qualidade das ações e as diretrizes técnicas da APD.

Cabe destacar, por fim, que a estratégia APD se configura como uma das intervenções possíveis no processo de reabilitação da pessoa com

deficiência intelectual no CER. A equipe APD deve participar e contribuir, com seu olhar, em discussões de outros casos complexos do CER/NIR e, dependendo desta discussão e avaliação do benefício, oferecer suporte e participar pontualmente/por período específico de alguma intervenção compartilhada.

5.6 Equipe

5.6.1 Composição:

A equipe APD é composta:

- pela equipe técnica:
 - 1 coordenador de equipe Enfermeiro
 - 1 Terapeuta Ocupacional
 - 1 Psicólogo
 - 1 Fonoaudiólogo
- por 6 a 10 Acompanhantes da Saúde da Pessoa com Deficiência
- por RH para apoio administrativo e transporte.

5.6.2 Perfil para os profissionais: habilidade para trabalhar em equipe, disponibilidade para trabalhar com pessoas com deficiência e suas famílias, pró-atividade, 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 seguintes características pessoais desejáveis para essa atuação: comprometimento, capacidade de escuta, observação, flexibilidade, resiliência, sensibilidade, iniciativa, coerência, tolerância, respeito, criatividade.

O acompanhante deverá possuir ensino fundamental completo e a equipe técnica inscrição no respectivo conselho de classe.

É desejável que:

- Os profissionais de nível superior tenham experiência ou pós-graduação nas áreas saúde pública, reabilitação ou saúde mental;

- O coordenador da equipe tenha experiência em gerenciamento e coordenação de equipes multiprofissionais;
- O acompanhante de saúde da pessoa com deficiência resida no território de abrangência, ou próximo.

5.7 Atribuições da equipe:

5.7.1 Atribuições comuns

- Trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS e conforme as Políticas Públicas de Saúde definidas pela SMS-SP;
- 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;
- 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.

5.7.2 Equipe Técnica:

- 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, incluindo atendimentos para uma ou mais pessoas;
- Realizar matriciamento aos acompanhantes, por meio de escuta, reflexão conjunta, orientação e monitoramento dos atendimentos realizados;

- Pactuar com as pessoas, famílias e serviços o projeto terapêutico singular;
- Promover acessibilidade física, atitudinal e de comunicação;
- 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;
- Representar a equipe em reuniões e outras atividades.

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

- **Enfermeiro:** realizar procedimentos de enfermagem quando estes estiverem previstos no PTS;
- **Psicólogo:** avaliar a estratégia para o estabelecimento do vínculo, avaliar a dinâmica psíquica do indivíduo e das relações, provocar reflexão e mudanças de posicionamento, ser guardião da subjetividade envolvida nos processos de relacionamento, realizar ações que favoreçam dinâmicas relacionais saudáveis;
- **Terapeuta Ocupacional:** realizar avaliação, propor e executar manejos e adaptações que favoreçam a funcionalidade, a realização de atividades de vida diária e a ampliação da participação como sujeito na vida, garantindo a promoção de um cotidiano mais significativo;
- **Fonoaudiólogo:** avaliar, realizar ações e propor estratégias que favoreçam a ampliação do potencial de comunicação e contribuam para maior autonomia, interação e participação social.

5.7.3 Coordenador de 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 da unidade na 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 SIA-SUS.

5.7.4 Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência

- Trabalhar em equipe na atenção à saúde e acompanhamento da pessoa com deficiência;
- Desenvolver as atividades do PTS;
- 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 AVD e, quando previsto no PTS, auxiliar a família na execução dessas;
- Promover a independência e autonomia da pessoa com deficiência, estimulando a participação, decisão e protagonismo nas AVD;
- Oferecer ajuda na organização do local da moradia, quando parte integrante do projeto terapêutico singular;
- Identificar rede social de suporte à pessoa com deficiência e à família;

- 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 ou emocional sobre a pessoa com deficiência à equipe técnica;
- Cumprir horário de trabalho estabelecido;
- Preencher formulários, impressos, prontuários e outros a serem estabelecidos pela equipe, sempre que solicitado;
- Participar de reuniões regulares com a equipe e sempre que solicitado.

5.8 Parâmetros

Os seguintes parâmetros foram utilizados para balizar o planejamento das ações e construção de metas, devendo ser acompanhados considerando características locais.

5.8.1 Tempo de deslocamento da equipe da unidade de saúde até o domicílio da pessoa com deficiência: 30 minutos, sendo que este não deverá ultrapassar 45 minutos.

5.8.2 Carga horária semanal:

- Coordenador, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência: 40 horas;
- Terapeuta Ocupacional: 30 horas.

5.8.3 Número de atendimentos realizados por mês:

- pelo Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência: 54 atendimentos/mês e 205 pela equipe técnica, sendo:
- pelo Psicólogo: 60 atendimentos/mês;
- pelo Fonoaudiólogo: 60 atendimentos/mês;
- pelo Terapeuta Ocupacional: 45 atendimentos/mês;
- pelo coordenador, enquanto Enfermeiro: 40 atendimentos/mês.

5.8.4 Número de pessoas com deficiência atendidas por Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência: 10 pessoas.

5.8.5 Número de pessoas com deficiência atendidas: 80 pessoas por equipe (para equipes com 6 acompanhantes).

5.8.6 Percentual da carga horária em reuniões, matriciamento, educação permanente e registro de atividades:

- Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência: 10%
- Psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo: 25%
- Coordenador da equipe: 50%

5.8.7 Percentual da carga horária em atendimento:

- Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência: 90%
- Psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo: 75%
- Coordenador da equipe: 50%

Observação: Considerando as atribuições específicas da estratégia, com ações nos domicílios/comunidade, recomendamos que a carga horária da equipe APD não ultrapasse 20% em ações integradas e compartilhadas junto aos demais profissionais do CER.

5.8.8 Periodicidade da intervenção terapêutica:

- Uma vez por semana;
- De duas a três vezes por semana;
- De quatro a cinco vezes por semana;
- Quinzenal ou mensal.

5.9 Responsabilidades

5.9.1 SMS/CORAS/Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência

- Estabelecer os princípios e diretrizes gerais para a APD;
- Elaborar, em conjunto com as CRS e STS, 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 ajustes necessários, em conjunto às STS e CRS;
- Convocar e coordenar semestralmente reunião de acompanhamento da Estratégia Acompanhante da Pessoa com Deficiência junto às CRS, STS e serviços;
- Dar suporte e contribuir tecnicamente às CRS e STS no enfrentamento de situações complexas, cuja intervenção e articulação necessária extrapolam a capacidade resolutiva local;
- Acompanhar as ações de educação permanente.

5.9.2 Coordenadorias e Supervisões Técnicas de Saúde

- 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;
- 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 periodicamente reunião regional de acompanhamento da APD: STS mensalmente e CRS trimestralmente;
- 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 resolutiva da equipe.

5.9.3 Organização Social / Instituições conveniadas

- Seguir as diretrizes deste documento norteador;
- Ser responsável pela seleção, contratação, acompanhamento e rescisão de contrato de trabalho da equipe;
- Elaborar mensalmente e encaminhar ao Gerente/Coordenador do CER/NIR o Mapa de Produção do Acompanhante (ANEXO V) e o Mapa de Produção da Equipe Técnica (ANEXO VI);
- Avaliar as metas de produção das equipes;
- Elaborar mensalmente e enviar via e-mail à SMS, Coordenadorias e STS Regionais de Saúde relatórios e planilhas de acompanhamento (ANEXOS IV, VII e VIII);
- 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;
- Estabelecer um apoiador com conhecimento/experiência em deficiência intelectual para:
 - o Realizar supervisão técnica sistemática das equipes APD;
 - o Participar de reuniões no CER/NIR, na STS, CRS e na SMS;
 - o Acompanhar tecnicamente o desenvolvimento das ações dentro das diretrizes propostas, oferecendo suporte à construção dos processos de trabalho e constituição da equipe enquanto estratégia;
 - o Suscitar reflexões relativas ao trabalho desenvolvido, contribuindo para a identificação de novas formas de intervenção e condução dos trabalhos;

- o Desenvolver habilidades entre os profissionais, acompanhar as estratégias de manejo e intervenção utilizadas com as famílias e usuários;
- o Dar suporte e contribuir tecnicamente com as equipes no enfrentamento de situações complexas, cuja intervenção e articulação necessária extrapolam a capacidade resolutive das equipes;
- o Desenvolver ações de educação permanente junto à gerência da unidade, STS, CRS e SMS/AT PcD;
- o Acompanhar os processos seletivos das equipes, de forma a colaborar na identificação de perfil técnico;
- o 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;
- o Analisar tecnicamente as ações planejadas e sua relação com os indicadores e metas estabelecidos, com vistas ao aprimoramento contínuo do trabalho;
- o Contribuir com a SMS, CRS e STS na construção de instrumentos que avaliem o processo de trabalho, qualidade técnica e resultados;
- o Compilar informações das equipes e elaborar relatórios técnicos.

5.9.4 Gerência/coordenação do CER/NIR:

- Prover estrutura adequada para o trabalho da equipe;
- Monitorar as atividades desenvolvidas pela equipe e participar de reuniões, visando o cumprimento das diretrizes;
- Avaliar as metas de produção;
- Promover integração entre as diversas ações oferecidas/realizadas na unidade;
- Contribuir para as estratégias de comunicação e articulação com a Rede.

5.9.5 Família

- Preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a adesão à APD (ANEXO III)
- 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.

5.10 Avaliação e acompanhamento

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.

Para tanto, foram construídos indicadores e instrumentos de monitoramento do processo de trabalho e de avaliação do impacto das ações realizadas. Estes deverão ser encaminhados e acompanhados periodicamente em reuniões pelas STS/CRS e AT PcD.

Constituem indicadores e informações a serem monitoradas na APD:

- Proporção de pessoas atendidas por mês, por equipe;
- Proporção de atendimentos dos acompanhantes por mês, por equipe, em relação ao previsto;
- Proporção de atendimentos da equipe técnica em relação ao previsto;
- Número de pessoas avaliadas/mês;
- Número de pessoas em projeto terapêutico singular/mês;
- Número de pessoas em monitoramento/mês;
- Número de altas/desligamentos/mês;
- Número de cuidadores atendidos;
- Tempo médio de duração do atendimento;

- Perfil dos usuários atendidos;
- Número de usuários com atendimentos compartilhados com outros profissionais do CER;
- Número de intervenções de acesso, que repercutiram em atendimento e permanência em a serviços de saúde, educação, assistência social, lazer/convivência e trabalho;
- Mudanças no autocuidado, vida doméstica, mobilidade, comunicação e relacionamento, dinâmica familiar, benefícios, acesso a saúde, lazer, educação e trabalho.

Em 22 de maio de 2012 foi instituído pela Portaria nº 992/2012–SMS.G o Conselho de Acompanhamento dos Convênios (CONAC) para as equipes do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, composto por representantes da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Interlocutores das Coordenadorias Regionais de Saúde e instituições conveniadas, com vistas a acompanhar os indicadores e metas pactuados, como forma de subsidiar as discussões e aprimoramento da APD. Estes indicadores são acompanhados mensalmente nas Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo discutidos trimestralmente com a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Com a inclusão da APD em contratos de gestão de diferentes regiões, estes espaços de reunião mensal nas CRS e trimestral na SMS/ATPcD passaram a contar com representantes dos diferentes parceiros, consolidando-se como fundamentais para o monitoramento e aprimoramento do trabalho desenvolvido pelas equipes na cidade.

Assim, a avaliação e acompanhamento das equipes da APD de toda a cidade deverão ser realizados conforme as seguintes diretrizes:

1) Relatório Mensal e de Alta - ANEXO VII

O número de pessoas cadastradas, avaliadas, em PTS, monitoramento/mês; bem como nº de cuidadores atendidos e nº de altas/desligamentos/mês deverão ser enviados mensalmente à STS, CRS, ATPcD e apresentados na Comissão Técnica de Acompanhamento-CTA das Coordenadorias Regionais de Saúde.

2) Indicadores de atendimento

Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte	Periodicidade de avaliação	Meta de acompanhamento (mínima e máxima)
Proporção de pessoas atendidas/mês por equipe, em relação ao previsto (80 pessoas com deficiência por equipe com 6 acompanhantes)	Nº de pessoas com deficiência intelectual atendidas $X 100 \div \text{total previsto}$	Quadro geral de cadastrados e acompanhados	Mensal	70 a 100% (56 a 80 pessoas por equipe/6 acompanhantes)
Proporção de atendimentos dos acompanhantes/mês/equipe em relação ao previsto	Nº de atendimentos realizados na equipe pelos acompanhantes $X 100 \div \text{Nº de atendimentos previstos}$	Mapa de produtividade mensal dos acompanhantes	Mensal	80 a 100% (259 a 324 atendimentos por equipe/ 6 acompanhantes)
Proporção de atendimentos da equipe técnica, em relação ao previsto	Nº de atendimentos da equipe técnica $X 100 \div \text{Nº de atendimentos previstos}$	Mapa de produtividade mensal de equipe	Mensal	80 a 100% (164 a 205 atendimentos/por equipe técnica)

Estes indicadores e metas foram construídos com base nos seguintes parâmetros:

1) Parâmetro de 3 atendimentos/dia para cada acompanhante, sendo 90% da carga horária voltada ao atendimento e a média de 20 dias úteis/mês;

2) Parâmetro de 4 atendimentos/dia para cada fonoaudiólogo e psicólogo, sendo 75% da carga horária voltada ao atendimento e a média de 20 dias úteis/mês;

3) Parâmetro de 3 atendimentos/dia para cada terapeuta ocupacional, sendo 75% da carga horária voltada ao atendimento e a média de 20 dias úteis/mês;

4) Parâmetro de 50% da carga horária do enfermeiro em atendimento e a média de 20 dias úteis/mês, considerando que é o coordenador da equipe.

O acompanhamento das pessoas atendidas e da produção dos profissionais permite a identificação de situações de maior complexidade, mobiliza a discussão sobre angústias e necessidades de suporte diferenciado às equipes, que lidam de forma mais próxima e intensa com pessoas em situação de maior vulnerabilidade, violência e sofrimento.

3) Intervenções de Acesso

Considerando que um dos objetivos da APD é a articulação intersetorial com vistas ao apoio para a participação em espaços terapêuticos, sociais, de lazer e trabalho, a equipe deverá monitorar as intervenções de acesso que repercutiram em atendimento e permanência em serviços de saúde, educação, assistência social, lazer/convivência e trabalho.

O número de intervenções de acesso por área deverá ser acompanhado pela STS e enviado/apresentado semestralmente na reunião do grupo de acompanhamento em SMS (ANEXO VII).

4) atendimentos compartilhados com outros profissionais do CER e/ou outros serviços do território

O número de pessoas em atendimento compartilhado deverá ser acompanhado pela STS e discutido semestralmente na reunião do grupo de acompanhamento em SMS.

5) Tempo médio de duração do atendimento

O tempo médio de duração do atendimento será calculado para os usuários que tiveram alta no período, que estão em avaliação, PTS ou monitoramento. Fórmula de cálculo: dias de atendimento dividido pelo número de pessoas atendidas no período, utilizando:

- dias de atendimento = (data de alta dos usuários que tiveram alta no período - data de início de atendimento na APD) + (data atual - data de início de atendimento na APD);
- nº de pessoas atendidas no período = nº de pessoas que tiveram alta no período + nº pessoas em atendimento (avaliação, PTS e monitoramento).

O tempo médio de duração do atendimento deverá ser acompanhado anualmente nas reuniões do grupo, considerando o perfil da população atendida.

6) Perfil dos usuários atendidos

A entrada na APD ocorre a partir da planilha de cadastro (Anexos I e II), cujos dados devem ser digitados em planilha Excel. Esta planilha deverá ser enviada mensalmente à STS, CRS e ATPcD (ANEXO IV) e, no final de cada ano, STS e parceiro deverão apresentar ao grupo análise geral dos dados, que possibilite identificar o perfil dos usuários atendidos em cada território.

7) Mudanças na qualidade de vida

No momento da alta ou desligamento deverá ser reaplicada a ficha de cadastro na APD (ANEXO II).

A partir desta, deverão ser avaliadas mudanças no suporte necessário para os diversos aspectos levantados relativos ao autocuidado, vida doméstica, mobilidade, comunicação e relacionamento, dinâmica familiar, benefícios, acesso a saúde, lazer, educação e trabalho.

A fim de análise, a equipe deve considerar, para cada usuário que recebeu alta ou foi desligado, "sim" para mudanças ocorridas, "não" quando o suporte necessário permaneceu o mesmo e "não se aplica" para os aspectos não previstos no projeto terapêutico.

Os aspectos a serem analisados são:

- Autocuidado;
- Vida Doméstica;
- Mobilidade;
- Comunicação;
- Adequação de medicação;
- Acesso ao acompanhamento na UBS: médico generalista, clínico, pediatra, ginecologista;
- Acesso a atendimento em reabilitação e/ou CAPS, CECCO;
- Acesso a preparação para trabalho, trabalho, lazer, esporte, cultura, benefícios sociais, transporte;
- Ampliação da convivência familiar, social.

No final de cada ano os dados deverão ser compilados e enviado relatório apontando o número de altas, desligamentos no período e compilado da análise realizada, em gráficos.

6. RESULTADOS E PERSPECTIVAS

A Estratégia Acompanhante 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 contribuem 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.

Pessoas atendidas que apresentam mais de um tipo de deficiência vêm sendo acompanhadas com maior proximidade e constituem objeto de constante reflexão quanto à potencialidade da APD e necessidades de implementação.

6.1 O caminho que se faz caminhando...

A partir da identificação de pessoas excluídas, de famílias convivendo em situação de extrema vulnerabilidade, com acesso à saúde insuficiente ou ausente, familiares idosos e/ou sem suporte social, as equipes se voltaram para o estabelecimento de vínculos, se mobilizaram num processo de responsabilização compartilhada, “atuando com”, suscitando junto às famílias reflexões, mudanças na forma de enxergar e nas posturas frente à pessoa com deficiência.

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, tem 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.

O trabalho desenvolvido tem possibilitado para além de limitações e dificuldades, 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.

Ao longo do tempo a APD amadureceu e descobriu a potência de suas ações em saúde, para além de transformações na pessoa e família, na rede de serviços da cidade.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD). **Definition of Intellectual Disability** . Washington, D.C. Disponível em: www.aaidd.org. Acesso em 09/10/2012

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARANHA, M.S.F. **A deficiência através da História. Trabalho e Emprego: Instrumento de construção da identidade Pessoal e Social** (Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência, Vol. 9). São Paulo: SORRI-BRASIL, 2003.

BARRETO, K. D. **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1060. **Política nacional de saúde da pessoa com deficiência**, em 5 de junho de 2002. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde**, em 24 de abril de 2012. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal 8080**. Brasília, DF, 2007.
Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
Acesso em: 09/09/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 154/GM**. Brasília, DF, 2008.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0154_18_03_2008.html.

Acesso em: 11/10/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1635/GM**. Brasília, DF, 2002.

Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1635.htm>. Acesso em: 11/10/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.448/GM**. Brasília, DF, 2011.

Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110386-2648.html>.

Acesso em: 11/10/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa com deficiência**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 08/07/2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil / Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 6949 de 25 de agosto de 2009. **Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**, Brasília, 2009. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

Acesso em: 22/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM. Brasília, DF, 2012.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 18/18/2015.

CASTRO, E. D. Relação Terapeuta-Paciente. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.) **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS EM PORTUGUÊS (Org) **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

Coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. 1.ed., São Paulo: Editora da Universidade São Paulo, 2008.

DI NUBILA, H.B.V. **A Ampliação das Classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

FARIAS, N. & BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo,. Vol. 8, no. 2, pp. 187-93, 2005

FOCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Org. e Trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GUGEL M. A.; MAIO, L. G. **Violência contra a Pessoa com Deficiência é o Averso dos Direitos Consagrados nas Leis e na Convenção da ONU.**

2009. Disponível em:

http://www.ampid.org.br/Artigos/MGugel_ladya_Violencia_Deficiente.php.

Acesso em dezembro de 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/censo2010/download/questionarios/questionario_amostr_a_cd2010.pdf;

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1);(<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/impressao/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>). Acesso em 19/09/2012.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores Socioeconômicos na gestão pública.**

Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

MARINHO, D. M. **Acompanhamento Terapêutico. Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

NOGUEIRA, C.M. **A História da Deficiência: tecendo a história da assistência a criança deficiente no Brasil.** Dissertação de Mestrado. Centro de Educação e Humanidades e Centro de Ciências Sociais/Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Deficiência 2011.** Tradução Lexius Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcP, 2012. 334p.

PASTORE, J. **O Direito ao Trabalho. Oportunidade de Trabalho para Portadores de Deficiências.** São Paulo: LTr, 2000.

PESSOTTI, I. **Deficiência Mental: da Superstição à Ciência.** São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Lei Municipal 14671.** São Paulo, SP, 2008.
Disponível em:
ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/gestaopublica/premio/2008/social/sistema_integrado.doc. Acesso em: 08/10/2012

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Portaria SMS.G 730.** São Paulo, SP, 2008.
Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/.../M_PT-SMS-730_2008.pdf -.
Acesso em: 09/11/2012

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Portaria SMS.G 992/12.** São Paulo, SP, 2012.
Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/.../M_PT-SMS-992_2012.pdf.
Acesso em: 09/11/2012

ROCHA, E.F. **Corpo deficiente: em busca de reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1990.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.

_____. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação.** São Paulo, ano 5, n. 24, p. 6-9, jan./fev, 2002.

_____. Deficiência Intelectual e Inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação,** São Paulo, v.54, p. 8-11, jan./fev, 2007.

SERENO, D. **Acompanhamento terapêutico de pacientes psicóticos: Uma clínica na Cidade.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

VERDUGO M.A. **El cambio de paradigma en la concepcion del retraso mental: la nueva definicion de la AAMR.** Ciclo Cero, 1994. Vol. 25(3). Pág.5-25.

ANEXOS

Instrumentos de registro e monitoramento

ANEXO I - FICHA DE CADASTRO PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CADASTRO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



NIR/Equipe: _____ Data cadastro: ____/____/____ 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: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR/ REDE SOCIAL/ CUIDADORES:

Reside: () só () c/família () outros: _____
 Cuidador () não () sim () obs. _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA

TIPO		Hemiplegia/paresia	CAUSA	OUTROS
Física		Paraplegia/paresia	Genéticas/Síndrome	Transt. Global Desenv.
Auditiva		Tetraplegia/paresia	Infecção congênita	Dislexia
Visual		Deformidade coluna	Paralisia Cerebral	Dist. de Comunicação
Intelectual		Cegueira	Seqüela AVE	Transt de conduta
Ostomia		Visão subnormal	Seqüela acidentes/traumas	
A esclarecer			Amputação MMSS	
			Amputação MMII	
			Doença progressiva	
			Desconhecida	

INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Acompanhamento AB	() UBS: () GO () Clínico/pediatra () ESF () NASF () _____ () convênio/particular
Reabilitação	() não, mas necessita () não necessita () já realizou: () NIR () NISA () outro: _____ Quando: _____ Obs.: _____ () realiza: () NIR () NISA () outro: _____ Em: () FISIO () FONO () TO () PSC () outro _____
Usa OPM	() andador/muleta/bengala () cadeira rodas () calçado/palmilha () órtese MMII () órtese MMSS () prótese MMSS () prótese MMII () aparelho auditivo () recursos ópticos
Outros acompanhamentos	Serviços: () CAPS () UAD () CECCO () APD () outro: _____ Especialidades: () Neuro () PSQ () Ortopedista () Oftalmo () ORL () _____ () _____ () _____
Faz uso de	() traqueostomia () gastrostomia () sonda nasogástrica () sonda parenteral () fralda ou outro insumo para incontinência urinária () material/medicamento para curativo () medicamentos
Comunicação	() oral () escrita () libras () alternativa () gestual
AVD	Autonomia () TOTAL () PARCIAL () AUSENTE Independência leve () moderado () intenso
AIVD	Autonomia () TOTAL () PARCIAL () AUSENTE Independência () leve () moderado () intenso
Acamado	() sim () não
Úlcera de decúbito	() sim () não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Escola	NOME _____ série: _____ () Atendimento Educacional Especializado onde? _____ Já estudou () sim () Não Quando: _____
Trabalho	() trabalha: () sim () não () já trabalhou: () sim () não Quando: _____ () realiza curso profissionalizante
Lazer/convivência	() esporte () oficina de convivência _____ () _____
Transporte	() Isenção Tarifária () atende () Teg () outros
Ass. Social	() BPC () outros _____ Interditado () sim () não _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Revisão Maio 2011

ANEXO II - FICHA DE CADASTRO APD

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da
 Pessoa com Deficiência Intelectual



NIR/Equipe: _____ Data cadastro: ____/____/____ 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 tradicional: _____	() UBS/S.Família: _____	() UBS Mista: _____
() Reabilitação: _____	() S. Mental: _____	
() Outros serv. de saúde _____	() ONG: _____	
() Educação () Assist Social () Justiça/MP () Espontânea () Busca ativa () Outra _____		

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

CID	
Causa	() Genética: () Síndrome down () Outras síndromes : _____ () Infecção congênita () Desconhecida () Hipóxia/anóxia () Outra: _____
Associado a / Comorbidades	() Transtorno de saúde mental () Autismo () Crises convulsivas () PC () Síndromes () Outros problemas: _____

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 Obs: _____
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 Obs: _____
Mobilidade	Sair de casa: () Autonomia () independência () Precisa de apoio: () Pouco () Moderado () Muito Transporte () Autonomia () independência () Precisa de apoio: () Pouco () Moderado () Muito Obs: _____
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

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

É 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 () NIR/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	Isonção Tarifária: () Sim () Não BPC: () Sim () Não

Responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____

Revisão Março 2016

ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE _____ SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE _____

NIR/CER: _____

Adesão à APD - Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência

A APD é estratégia diferenciada de cuidado oferecida pela Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo, com o 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 voltado às necessidades de saúde identificadas para a pessoa com deficiência. Esta equipe desenvolverá ações nos Centros Especializados em Reabilitação, domicílio e em serviços e recursos do território.

Da equipe será destacado um profissional, denominado “Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência” para ser a referência da pessoa atendida e sua família, que executará as ações propostas no Projeto terapêutico elaborado.

Este trabalho será desenvolvido por período de tempo determinado, com possibilidade de reavaliações e modificações.

A família e cuidadores devem participar ativamente do planejamento e realização das ações propostas e receber o Acompanhante e outros membros da Equipe Técnica do Programa nos horários e dias de visita previamente combinados.

O Acompanhante não tem a função de cuidador e, portanto, é importante a presença de membro da família nas visitas.

Não será permitido que a equipe ministre ou altere medicações que as pessoas atendidas fazem uso.

Não cabe ao Programa do Acompanhante da Pessoa com Deficiência assumir qualquer responsabilidade financeira sobre as atividades externas que impliquem em custos.

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

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

Ressaltamos que o (a) Sr.(a) tem total liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo; formalizando este desligamento por uma carta.

As atividades propostas e aceitas pelo (a) sr.(a) serão detalhadas no Projeto Terapêutico Singular (PTS), que será anexado a este Consentimento. Os dias e horários das visitas estão abaixo discriminados:

Dia(s) de visita: _____ Horário(s): _____
--

Eu, _____, responsável por _____, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, declaro estar ciente e de acordo em aderir e participar do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência, recebendo, regularmente, em minha casa o (a) acompanhante _____, pelo prazo determinado no Projeto Terapêutico Singular.

Declaro ainda, ter sido suficientemente informado e esclarecido sobre o Programa, autorizando o acompanhante a entrar e sair da minha residência, conforme estabelecido acima e conforme o Projeto Terapêutico Singular.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura da pessoa atendida

Assinatura do responsável (familiar/cuidador)

Assinatura do responsável pela leitura do Termo de Consentimento (Equipe de Trabalho)

Assinatura do Acompanhante Comunitário da Saúde da Pessoa com Deficiência

AUTORIZAÇÃO PARA SAÍDA SEM O CUIDADOR

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 de saúde _____, funcionário da _____, parceira da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, realizar saídas externas sem a minha presença.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável:

Assinatura do usuário:

Nome e assinatura do profissional da equipe APD:

ANEXO IV - PLANILHA DE CADASTRO

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Após o cadastramento da pessoa no programa, as informações deverão ser registradas em planilha em excel, que subsidiará o acompanhamento e avaliação de diversos indicadores. A planilha deverá conter:

- 1) Nº de cadastro, em ordem cronológica
- 2) Data de Cadastro
- 3) CER/equipe
- 4) Nome completo do cadastrado
- 5) Idade do cadastrado
- 6) Sexo
- 7) Raça/cor
- 8) Endereço
- 9) Número/complemento do endereço
- 10) CEP
- 11) STS de moradia
- 12) UBS de origem/referência
- 13) Origem da demanda, que pode ser UBS, CAPS, MP,
- 14) Tipo de deficiência
- 15) Presença de alterações como TEA, Síndromes,....
- 16) Cuidador principal - registrar quem é o principal cuidador: mãe, pai, irmão, outro familiar,...
- 17) Rede de Apoio: número de pessoas que dão suporte
- 18) Atendimento em reabilitação: CER/NIR, outro serviço, ou não está e necessita, ou não se aplica (NA) quando não há necessidade de reabilitação
- 19) Escola: registrar "sim" se a pessoa frequenta, "não" se não frequenta e "NA" se não está em idade escolar
- 20) Trabalho: registrar "sim" se a pessoa trabalha, "não" se não trabalha, "NA" se não está em idade laborativa e "CPT" quando estiver realizando curso preparatório para o trabalho
- 21) Lazer/convivência: registrar "sim" se a pessoa frequenta algum espaço e "não" se não frequenta
- 22) BPC: registrar "sim" se a pessoa recebe e "não" se não recebe
- 23) Isenção Tarifária (IT): registrar "sim" se a pessoa recebe e "não" se não recebe
- 24) Data do início do atendimento
- 25) Data finalização do atendimento: registrar esta informação no momento da alta ou desligamento
- 26) Status: registrar uma das seguintes opções:
 - Em avaliação
 - 1 vez por semana
 - 2 a 3 vezes por semana
 - 4 a 5 vezes por semana
 - Em monitoramento (atendimento quinzenal ou maior periodicidade)
 - Elegível - aguarda avaliação
 - Não elegível
 - Desligamento - alta
 - Desligamento - outro motivo (morte, mudança endereço,...)

PLANILHA DE CADASTRO

1 Nº cadastro	2 data cadastro	3 equipe	4 nome do cadastro	5 idade	6 sexo	7 raça /cor	8 endereço	9 nº; complemento	10 CEP	11 STS de moradia	12 UBS de referência	13 origem demanda	14 tipo de deficiência;	15 associada	16 cuidador principal	17 rede de apoio	18 atendido reab	19 escola	20 trabalho	21 atividades de lazer/con vivência	22 BPC	23 IT	24 data início atendimento	25 data finalização atendimento	26 Status do caso na APD	

ANEXO V - MAPA DE PRODUÇÃO DO ACOMPANHANTE

Nome: _____

Data	Cartão Nacional da Saúde	Nome	Idade	Tipo (ind. dupla, trio)	Acomp. em ativ. domicílio (AD)		Acompompanhamento em Atividade no Território (AT)							Acompanhamento em Atividade no Serviço de Saúde (AS)						Tempo			
					Cadastro	Atividade PTS	Mapeamento	Ac. Trejeito	Ac. Recurso comunidade	Ac. Atividade educação	Ac. Trabalho	Teceer e sensibilizar rede social	Consulta em saúde	Ac. CECCO	Ac. CAPS	Ac. NIR	Ac. Oficina APD	Ac. Outro saúde (ex. farmacia, marcação cons.)	Tempo de deslocamento	Tempo de acompanhamento			
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
Total de pessoas acompanhadas																							
Resumo Total de Acompanhamento em atividades e tempo						AD	AT							AS						Total TP			

ANEXO VI - MAPA DE PRODUÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA

Profissional:				CBO:																						
nº	Data	Cartão Nacional de Saúde	Nome/CID	Data Nascimento	At. Dom.	Atividade no Território										Atividade Serviço de Saúde						Grupo	Tempo			
						Sem código					01.01.03.0029 Visita Institucional em Reabilitação					03.01.01.004-8 Cons. Prof. Sup. AE							Of. Grupo 03.01.07.009-1	Tempo de deslocamento	Tempo da atividade	
					6-1 Cons. Ativ. Domiciliar	Ac. da PcD	Ac. da PcD	Téc e sensibilizar rede social	Interface Educação	Interface Trabalho	Interface Rec. Com.	Inter. UBS SF	Interface SM	Inter. Reab.	Inter. Outros	Ac. Ex. cons.	Consulta (cad.av.or)	Atend. PcD	Atend. PcD	At. Cuidador	At. Cuidador	nº particip (+5)				
					ind	cjto - 5											ind	cjto - 5	ind	cjto - 5						
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
Total de atividades e tempo																										Total Tp
Resumo total de atividades e tempo						AD	AT1			AT2			AS1			AS2	AS3		Gru							
Número de atendimento Individual						03.01.01.016-1 Cons. Ativ. Domiciliar																				
Número de atendimento em conjunto pequeno						01.01.03.0029 Visita Institucional em Reabilitação																				
Número de grupos						03.01.01.004-8 Cons. Prof. Sup. AE																				
Número total de atendimentos						03.01.07.009-1 Oficina / Grupo																				
						Número total de procedimentos																				

ANEXO VII
RELATÓRIO MENSAL E DE ALTA
MÊS / ANO

CRS	CER	Equipe	Cadastrados		PcD atendidas					Cuidadores			Desligados		
			no mês	total	Em avaliação	Em PTS			Em monitoramento	Total PcD atendidas	at. Indiv	at. Grupo	Total	no mês	total
						1X	2/3X	4/5X							
Total															

Nº DE INTERVENÇÕES DE ACESSO

Nº de intervenções de acesso	Mês/ano:					
nome da unidade/equipe	Saúde	Educação	BPC	IT	Trabalho	Outros

ANEXO VIII - INDICADORES DE ATENDIMENTO

CRS	CER/NIR/ Equipe	INDICADORES	MÊS/ANO:		JUSTIFICATIVA E PROPOSTAS
			Nº	% ATINGIDA	
		Proporção de PcD atendidas (70% - 100%)			
		Proporção de atendimentos do acompanhante (80% - 100%)			
		Proporção de atendimentos da equipe técnica, em relação ao previsto (80% - 100%)			

Gerência unidade

STS

CRS

