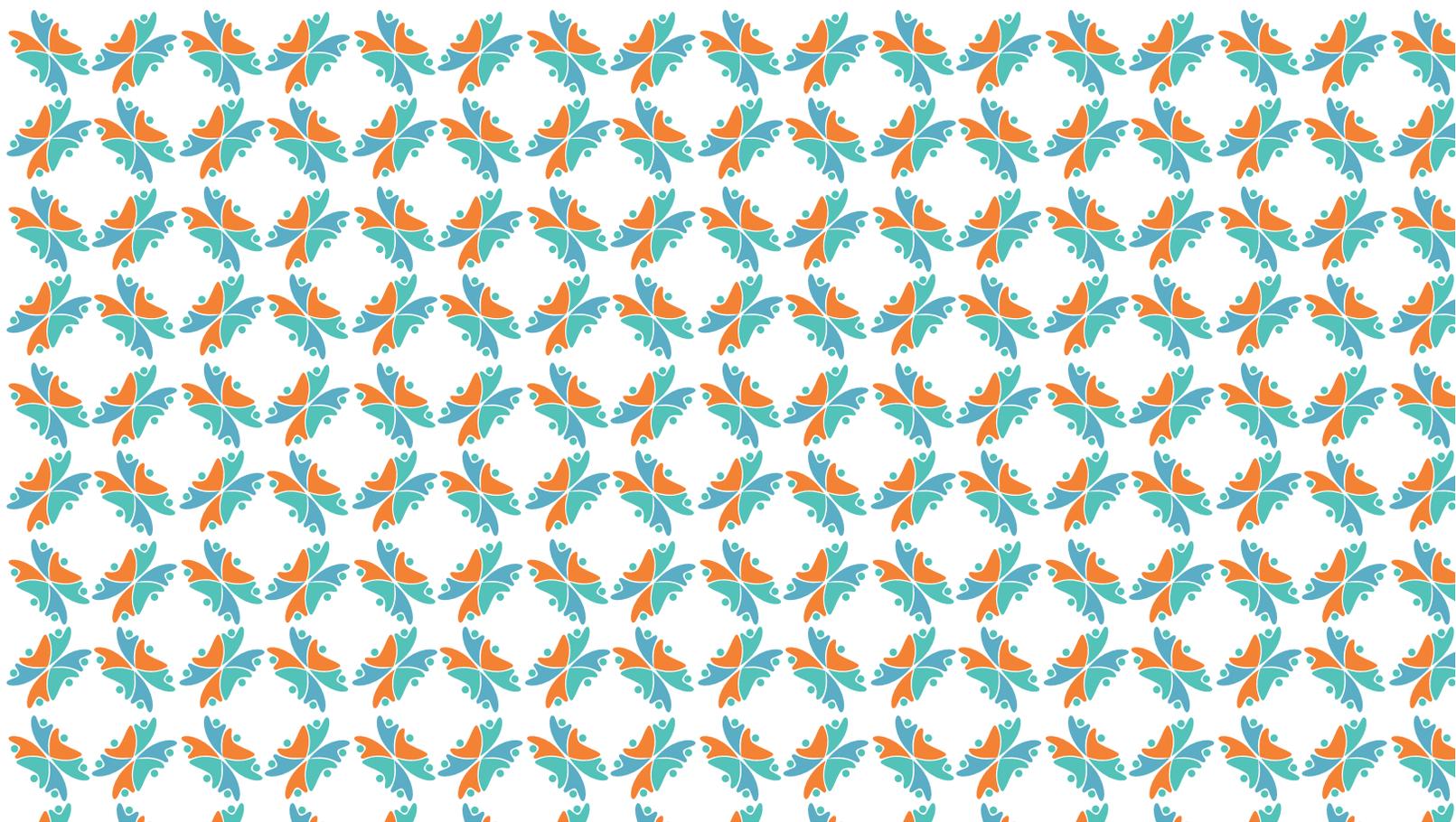


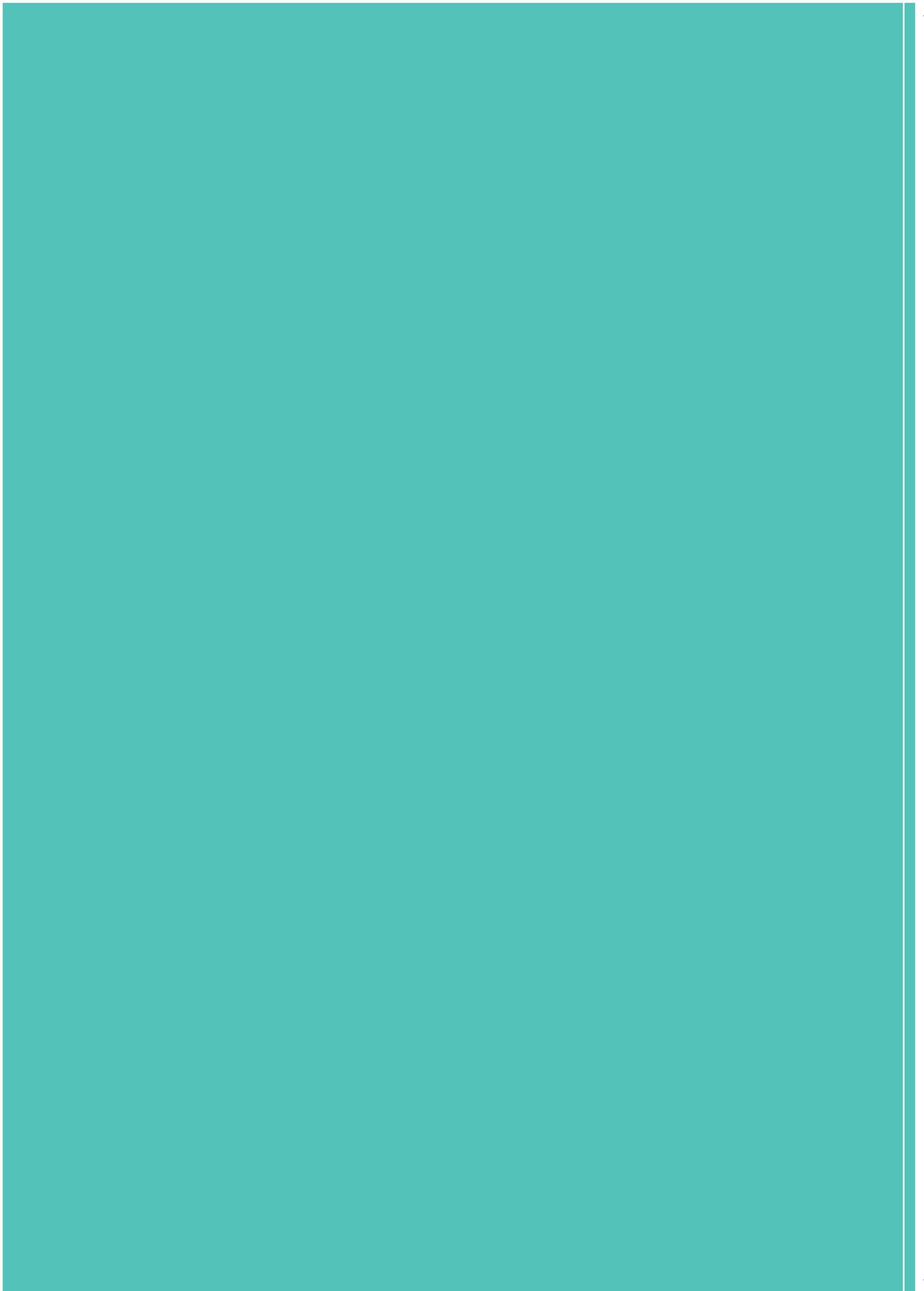
Ministério do Desenvolvimento Social
Secretaria Nacional de Assistência Social
Departamento de Proteção Social Básica



Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

Brasília-junho/2017





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



Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

Brasília-junho/2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação(CIP)

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social.
Orientações técnicas: Proteção Social Básica no domicílio para
pessoas com deficiência e idosos. -- Brasília, DF: MDS, Secretaria
Nacional de Assistência Social, 2017.

140 p.;
ISBN: 978-85-5593-010-2

1. Assistência social, Brasil. 2. Programas sociais, Brasil. 3. Proteção
Social Básica, Brasil. 4. Pessoas com deficiência, Brasil. 5. Idosos,
Brasil. I. Sistema Único de Assistência Social.

CDU 364(81)

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca MDS.
Projeto Gráfico e Diagramação Ascom/MDSA

Ministério do Desenvolvimento Social
0800 707 2003 - Esplanada dos Ministérios • Bloco A

www.mds.gov.br
Fale com o MDSA: 0800 707-2003

Expediente

Presidente da República Federativa do Brasil: Michel Temer
Ministro do Desenvolvimento Social: Osmar Gasparini Terra
Secretária Nacional de Assistência Social: Maria do Carmo Brant de Carvalho
Secretário Nacional de Assistência Social – Adjunto: Antônio José Gonçalves Henriques
Departamento de Proteção Social Básica: Renata Aparecida Ferreira
Departamento de Benefícios Assistenciais: Allan Camello Silva
Departamento de Proteção Social Especial: Mariana de Sousa Machado Neris
Departamento de Gestão de Sistema Único de Assistência Social: Luis Otávio Pires Farias
Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Assistência Social: Dulcelena Alves Vaz Martins

Créditos técnicos

Coordenação
Departamento de Proteção Social Básica
Coordenação Geral dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos-SCFV
Coordenação Geral de Serviços Socioassistenciais a Famílias

Supervisão

Lea Lúcia Braga
Liliane Neves do Carmo
Maria Carolina Pereira Alves

Supervisão Final

Maria do Carmo Brant de Carvalho
Renata Aparecida Ferreira
Iracema de Paula de Lima Freitas

Elaboração

Redação

Carolina de Souza Leal
Ester Serra Aragão Carneiro
Maria de Jesus Bonfim de Carvalho

Colaboração técnica da coordenação

Alex Ferreira da Silva
Dimitri Martin Stepanenko
Domitila Mendonça de Mesquita Peixoto
Késsia Oliveira da Silva
Mariana Lelis Moreira Catarina
Raissa Santos Oliveira

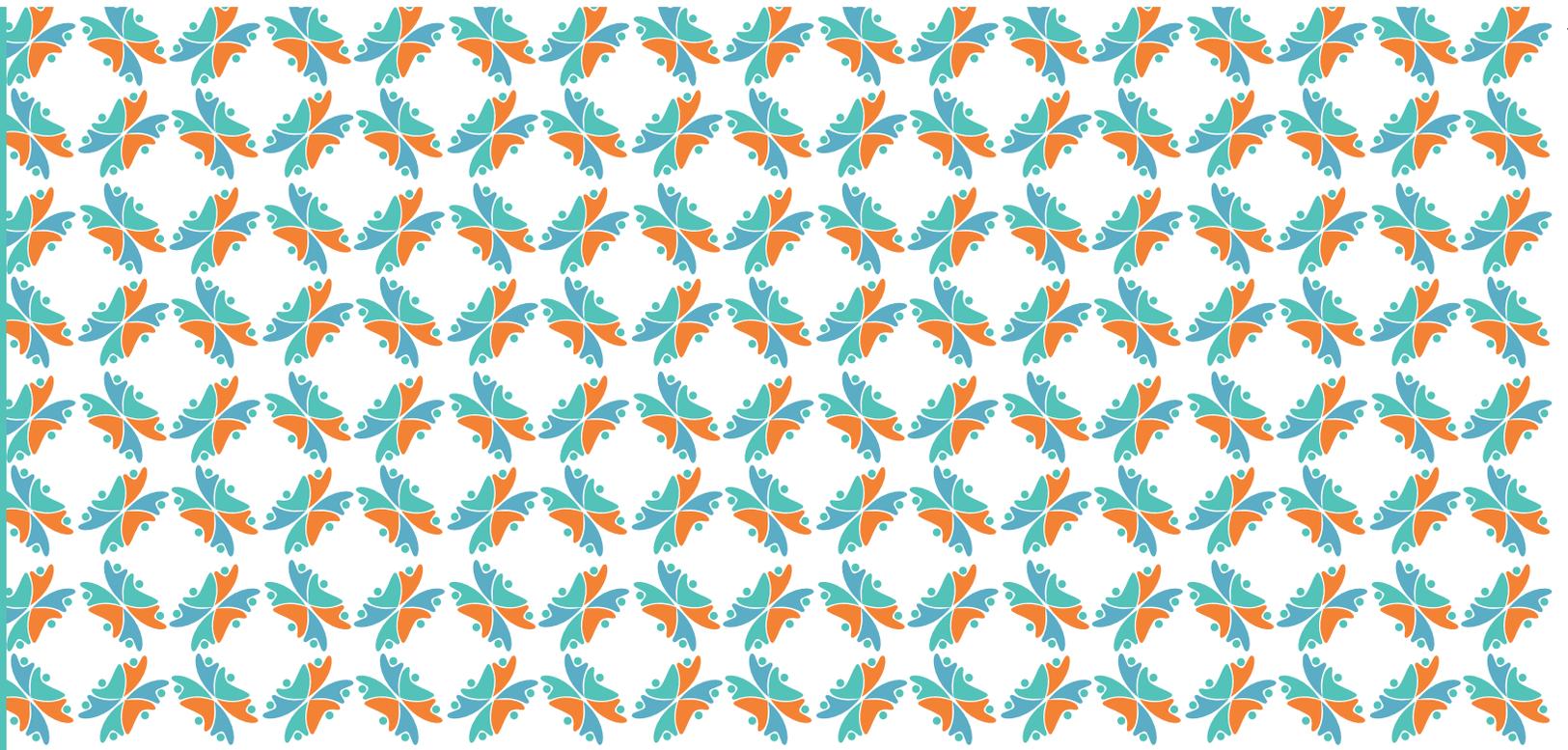
Revisão de texto

Késsia Oliveira da Silva
Contribuições Técnicas do Grupo de Trabalho da SNAS
Ana Heloísa Moreno
Ana Luísa Coelho Moreira
Camila Cipriano Salvador
Cristiana Gonçalves de Oliveira
Deusina Lopes da Cruz
Eliana Teles do Carmo
Elza Cristina Rio de Barros Zaffino
Fábio Moassab Bruni
Fabiane Macedo Borges
Jarbas Ricardo A Cunha
Luciana Vidal
Marcia de Pádua Viana
Maria Helena Tavares
Maria Auxiliadora Pereira
Maria Valdenia Santos de Souza
Mariana de Sousa Machado Neris
Michelly Eustáquia do Carmo
Mônica Alves Silva
Niuzarete Margarida de Lima
Paula Oliveira Lima
Renata Onório Pereira
Solange do Nascimento Lisboa
Wagner Saltorato

Apoio

Ildenée Sampaio da Silva



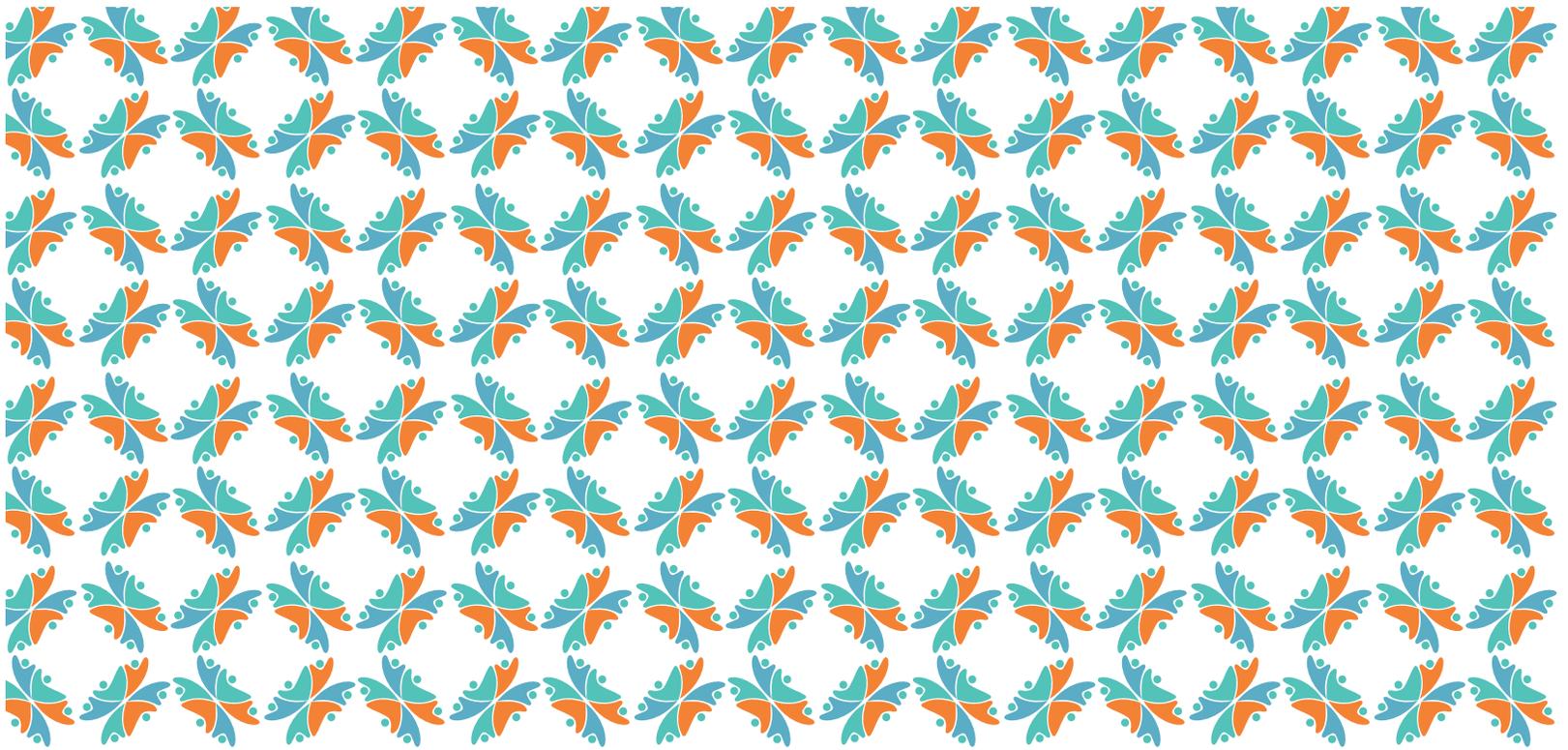


LISTA DE SIGLAS

AVC | Acidente Vascular Cerebral
ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRAZ | Associação Brasileira de Alzheimer
Art. | Artigo
BE | Benefícios Eventuais
BPC | Benefício de Prestação Continuada
CASDF | Conselho de Assistência Social do Distrito federal
CADUNICO | Cadastro dos Programas Sociais
CMAS | Conselho Municipal de Assistência Social
CDPI | Conselho dos Direitos da Pessoa idosa
CDPC | Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CER | Centro Especializado em Reabilitação
CNAS | Conselho Nacional de Assistência Social
CF | Constituição Federal
CRAS | Centro de Referência de Assistência Social
CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CENTRO POP | Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CIT | Comissão Intergestores Tripartite
DF | Distrito Federal
ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente
GRP | Regime Geral de Previdência
ILPI | Instituição de Longa Permanência para Idosos



IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS | Instituto Nacional de Seguro Social
LOAS | Lei Orgânica de Assistência Social
LIBRAS | Linguagem Brasileira de Sinais
LA | Liberdade Assistida
MDS | Ministério do Desenvolvimento Social
MEC | Ministério da Educação
MIN | Ministério da Integração Nacional
PDU | Plano de Desenvolvimento do Usuário
MPS | Ministério da Previdência Social
MS | Ministério da Saúde
MTE | Ministério do Trabalho e Emprego
NOB | Norma Operacional Básica
NOB/RH | Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS | Organização Mundial de Saúde
PNAD | Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
PNAS | Política Nacional de Assistência Social
PAEFI | Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF | Proteção e Atendimento Integral à Família
PSB | Proteção Social Básica
PSE | Proteção Social Especial
PSE/AC | Proteção Social Especial de Alta Complexidade
PSE/MC | Proteção Social Especial de Média Complexidade
PBF | Programa Bolsa Família
PSC | Prestação de Serviço a Comunidade
RMA | Relatório Mensal de Atendimento
SDH/PR | Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SNAS | Secretaria Nacional de Assistência Social
SCFV | Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo
SUAS | Sistema Único de Assistência Social
SUS | Sistema Único de Saúde



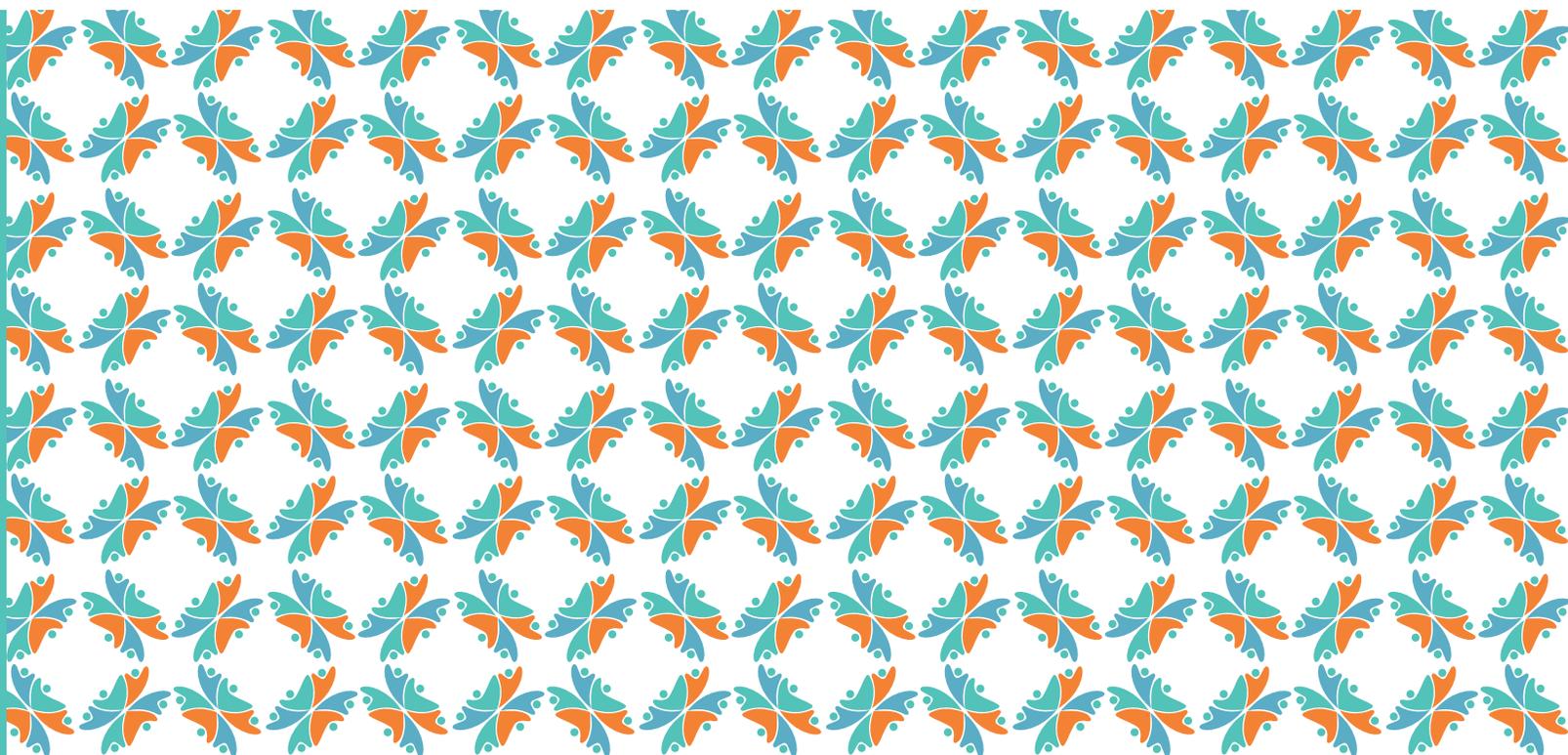
SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	17
1. Assistência Social: política pública e o direito das pessoas com deficiência e das pessoas idosas.....	17
1.2. Proteções aprofundadas pela política de Assistência Social e a garantia dos direitos socioassistenciais às pessoas com deficiência e às pessoas idosas.....	19
Níveis de Proteção do SUAS.....	19
1.2.1. Proteção Social Básica (PSB) - Primeiro nível de proteção social no SUAS	20
1.2.1.1. Benefícios Socioassistenciais	21
1.2.2. Proteção Social Especial (PSE)	23
1.2.2.1. Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC)	23
1.2.2.2. Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSEAC).....	26
1.3. Alguns desafios para um SUAS cada vez mais acessível e inclusivo	29
CAPÍTULO II	31
2. Concepções e contextos que orientam o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	31
2.1. Envelhecimento: um direito personalíssimo	32
2.2. Deficiência: um conceito em evolução.....	34
2.3. Aspectos demográficos: envelhecimento e deficiência.....	36

2.4. Vulnerabilidades – situações que fragilizam a pessoa com deficiência e a pessoa idosa.....	40
2.5. Cuidado familiar de pessoas com deficiência e pessoas idosas – proteção, tensões e a transversalidade das questões de gênero.	43
2.5.1. Possíveis tensões e riscos vinculados ao cuidado familiar de pessoas com deficiência e de pessoas idosas	47
2.5.2. Transversalidade da questão de gênero no tocante ao cuidado familiar de pessoas com deficiência e pessoas idosas.....	49
2.6 Ofertas de assistência no ambiente do domicílio: perspectiva da Saúde e da Assistência Social ...	51
 CAPÍTULO III	 55
 3. Características Gerais do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas	 57
3.1. Breve histórico sobre o Serviço.....	57
3.2. Características do Serviço	58
3.3. Finalidade do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.....	59
3.3.1. Concepção de “agravos que fragilizam e/ou provocam o rompimento de vínculos”	60
3.3.2. Equiparação de oportunidades – conceitos e fundamentos legais	62
3.3.3. Participação e autonomia – concepções que orientam o Serviço	63
3.4. Usuários do Serviço.....	65
3.5. Objetivos do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.....	66
3.6. Alguns pressupostos de referência para a gestão e a organização do Serviço	81
3.7. Domicílio – vínculo residencial e territorial	82
 CAPÍTULO IV	 85
 4. Eixos que orientam a concepção e a organização metodológica do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas.....	 85
4.1. Eixo I – Proteção e Cuidado Social no Domicílio.....	86
4.1.1. Acolhida no domicílio	88
4.1.2. Elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU)	90
4.1.3. Visita para orientação e Suporte Profissional aos Cuidados Familiares no Domicílio	92
4.1.4. Rodas de diálogo com a família no domicílio	96
4.2. Eixo II - Território Protetivo: Olhares e Aproximações sobre o Território	98
4.2.1. Mobilização para a Cidadania.....	100
4.2.2. Encontros territoriais com grupos multifamiliares e com cuidadoras (es) que compartilham situações semelhantes ou inter-relacionadas.....	101
4.3. Eixo III – Trabalho em Rede: Olhar Multisetorial.....	103
4.3.1. Intrasetorialidade – possibilidades e desafios da relação do Serviço com as demais ações da rede Socioassistencial.....	104
4.3.1.1 Complementariedade com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF.....	105
4.3.1.2. Complementariedade com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV.....	106

4.3.1.3. Integração com os benefícios socioassistenciais e programas de transferência de renda.....	107
4.3.1.4. Integração com o Programa Acessuas Trabalho	107
4.3.1.5. Integração com o Programa BPC-Trabalho e BPC na Escola	108
4.3.1.6. Complementariedade com os serviços ofertados pela Proteção Social Especial de Média Complexidade.....	109
4.3.1.7. Complementariedade com os Serviços de Acolhimento (Proteção Social Especial de Alta Complexidade)	110
4.3.2. Intersetorialidade – possibilidades e desafios da relação do Serviço com outras Políticas Públicas	111
4.3.3. Possibilidades e Desafios do Trabalho em Rede com os Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos.....	112
CAPÍTULO V	115
5. Gestão da oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas.....	115
5.1. Planejamento da oferta do Serviço	115
5.2. Abrangência, unidade de oferta e período de funcionamento do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.....	117
5.3. Concepção e importância do referenciamento do Serviço ao CRAS do Território	117
5.4. Condições e Formas de Acesso dos Usuários ao Serviço.....	118
5.5. Equipe de Referência para o Desenvolvimento do Serviço.....	120
Condições de trabalho para a equipe do Serviço!.....	122
5.6. Perfil e Atribuições dos Profissionais da Equipe.....	122
Atribuições da Coordenação do Serviço no Território de Abrangência do CRAS	124
Atribuições dos Profissionais de Nível Superior.....	124
Atribuições dos Profissionais de Nível Médio.....	125
5.7. Capacitação da Equipe do Serviço.....	127
5.7.1. Capacitação Introdutória para os Profissionais de Nível Médio	128
5.8. Acompanhamento, monitoramento e avaliação do Serviço	129
5.9. Normativas relacionadas à fundamentação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133





APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que este Ministério de Desenvolvimento Social se propõe a disponibilizar ao país este Caderno de Orientações Técnicas do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Trata-se de um Serviço de suma importância para o SUAS, pois em meio às diversidades de situações singulares que permeiam a vida das famílias, este Serviço vai ao encontro das pessoas no seu território de moradia, aproximando cada vez mais o estado do cidadão, em uma atitude de reconhecimento do domicílio como um espaço privilegiado de proteção e cuidado e, sobretudo, de acesso a direitos.

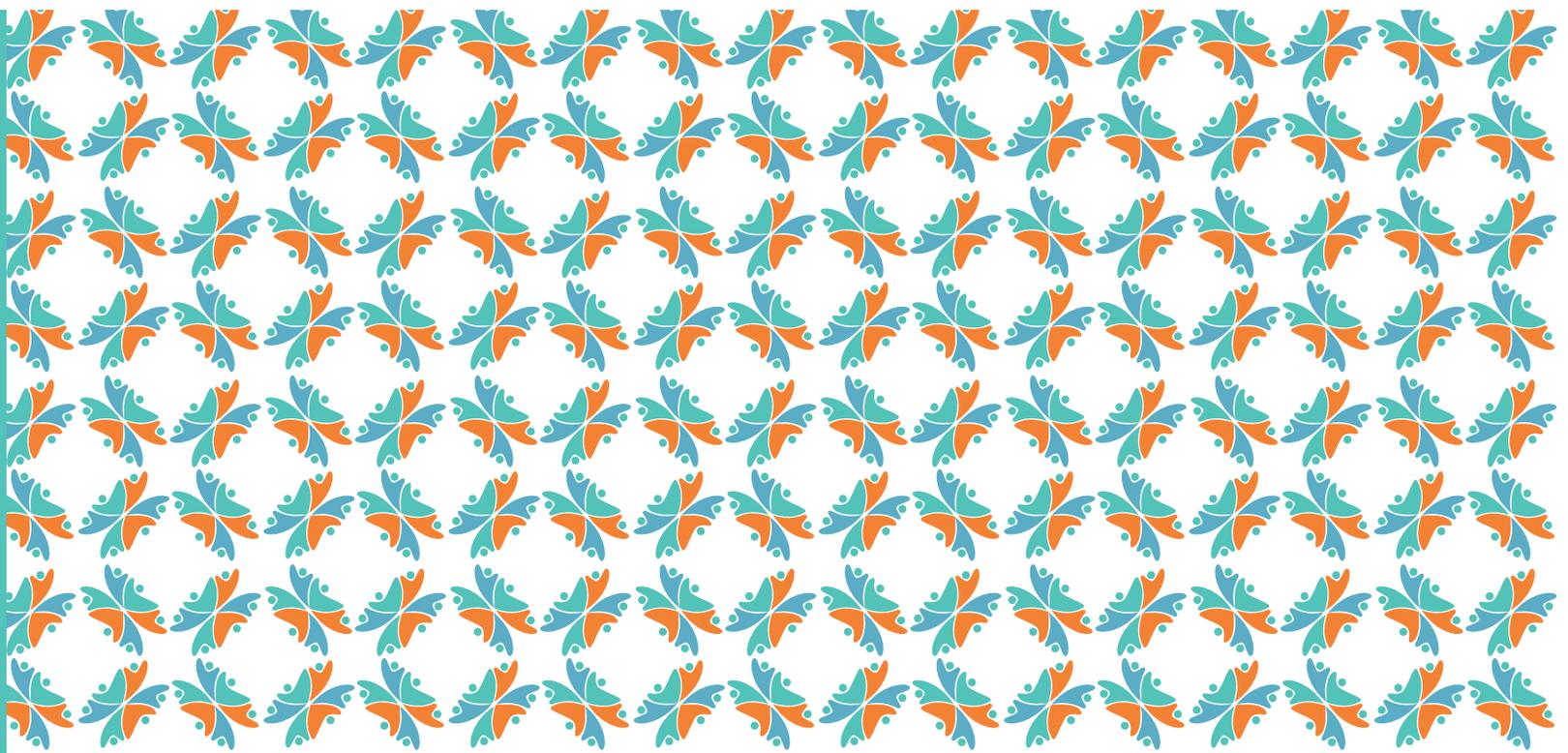
A gestão de uma política pública sob o desenho de um Sistema Único, em um país continental, com múltiplas diversidades regionais e locais, é desafiador, mas também revela a imensa capacidade de os gestores e trabalhadores do SUAS, a partir da unidade de princípios e diretrizes, implementar e valorizar práticas e experiências em ambientes regionais e locais diferenciados, porém inseridos em um contexto nacional.

Estas orientações técnicas são fruto do amadurecimento do SUAS, conquistado desde 2005 e de um processo de construção coletiva tendo como linha mestra a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

Nessa linha de construção coletiva, este MDS, por meio da SNAS, acolheu contribuições valiosas advindas da consulta pública disponibilizada pelo site do MDS, de 7 a 25 de novembro de 2016 tendo em vista o aprimoramento do documento.

Maria do Carmo Brant de Carvalho
Secretária Nacional de Assistência Social





INTRODUÇÃO

A elaboração e a publicação das Orientações Técnicas do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas têm como objetivos: contribuir com os gestores da Política de Assistência Social e com os trabalhadores do SUAS nos processos de implantação, aprimoramento e/ou reordenamento do referido Serviço; subsidiar as instâncias de pactuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, bem como as de deliberação, os Conselhos de Assistência Social, nos âmbitos nacional, estadual, municipal e distrital, nos processos de regulação, e também orientar a articulação com os outros ministérios e órgãos parceiros do Ministério de Desenvolvimento Social.

Este Serviço está previsto na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009), no bloco de serviços da Proteção Social Básica (PSB), e tem por finalidade garantir direitos e prevenir agravos de situações de vulnerabilidade sociais que possam provocar a fragilização ou o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários.

A oferta no domicílio se constitui em uma estratégia fundamental à equiparação de oportunidades de acesso ao SUAS para aquelas pessoas idosas e pessoas com deficiência que, em função da vivência de situações de vulnerabilidades sociais, têm o acesso ou a adesão às ofertas nos espaços/unidades presentes no território prejudicados ou impedidos. Também cabe considerar às situações em que, a orientação profissional às dinâmicas no domicílio envolvendo familiares, vizinhos e a comunidade se apresenta como a mais adequada para atender as necessidades singulares dos usuários, tendo em vista a ampliação do acesso a direitos e ao fortalecimento dos vínculos de cuidado e de convívio familiar e social.

Pressupõe-se ainda que a oferta no domicílio, de forma planejada e regular, para além de estreitar a relação com os usuários, deve favorecer uma escuta mais reservada e um olhar mais ampliado e próximo das dinâmicas familiares, da ambiência de vizinhança, da relação dos usuários e família com os serviços

do território e da capacidade atual de acesso a eles. Nessa linha, embora esta oferta esteja voltada à pessoa com deficiência e à pessoa idosa, o reconhecimento do seu (s) cuidadores (as) familiar (es) também como usuários do Serviço é fundamental e, por isso, devem ser considerados no seu protagonismo e trajetória, no seu saber e cultura.

Nesse sentido, o Serviço requer da gestão e das equipes um olhar que vai além do reconhecimento dos fatores ou situações de desproteção no contexto familiar e territorial. Torna-se essencial a identificação e o reconhecimento de fatores protetivos, nas várias áreas da vida ou, como diz Conceição e Sudbrack (2004), nos diferentes “domínios da vida”, quais sejam: domínio individual (vivências de autonomias, comportamentos e atitudes dos próprios indivíduos que favorecem a inclusão social); domínio familiar (as relações significativas de afeto, de colaboração e os aportes protetivos entre os membros da família); domínio de pares (o aporte de apoio das relações significativas com o círculo de amizades existentes); domínio escolar e laboral (inserção escolar inclusiva, aporte das relações de vivência de alguma atividade ocupacional, de trabalho, emprego e renda) e domínio comunitário (a rede de apoio que possui decorrente da participação em associações culturais, instituições religiosas, de defesa de direitos e os acessos a serviços e benefícios no território).

De igual modo, é preciso compreender o envelhecimento no Brasil na sua diversidade e heterogeneidade. Olhar para a pessoa idosa na atualidade é considerar uma geração que, para além de conquistar longevidade, passou a ter direitos humanos e sociais garantidos após a Constituição de 1988 e, nesse contexto, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, o seu bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida com dignidade.

Por sua vez, deficiência não é doença e nem pode ser confundida com dependência. Conceitos como deficiência, dependência e restrição da participação social se relacionam, mas não constituem consequência natural, sendo a participação social e a autonomia das pessoas com deficiência fortemente ampliadas pela capacidade de enfrentamento das barreiras e pelo acesso a serviços essenciais no território, em igualdade de oportunidade, como direito de cidadania. A situação de dependência das pessoas com deficiência é um conceito relacional que varia em função da interação da pessoa com o meio onde vive e suas barreiras de ordem física, atitudinal, de comunicação, dentre outras. Significa que o binômio autonomia e dependência deve constituir referência para os serviços do SUAS, na observação das situações de vulnerabilidade, risco e direitos violados, notadamente nos seus agravos, como a convivência com a extrema pobreza, a desassistência de serviços essenciais, a ausência ou precariedade de cuidados familiares, o preconceito, entre outras situações (CRUZ, 2012, p. 26).

Este caderno de orientações técnicas foi organizado em 5 (cinco) capítulos: no primeiro, foram feitas breves considerações sobre a Política de Assistência Social, destacando-se alguns de seus princípios, a organização dos níveis de proteção social básica e proteção social especial e o conjunto de serviços e ações que estruturam as ofertas desse sistema, em todo país. A síntese apresentada tem a perspectiva de difundir e reafirmar o direito de as pessoas idosas e de as pessoas com deficiência acessarem e usufruírem do conjunto de serviços, programas e benefícios socioassistenciais, quando deles necessitarem.

No segundo capítulo, procurou-se refletir sobre algumas questões que devem subsidiar a compreensão da realidade dos dois segmentos de usuários do serviço, a destacar: o envelhecimento como um direito

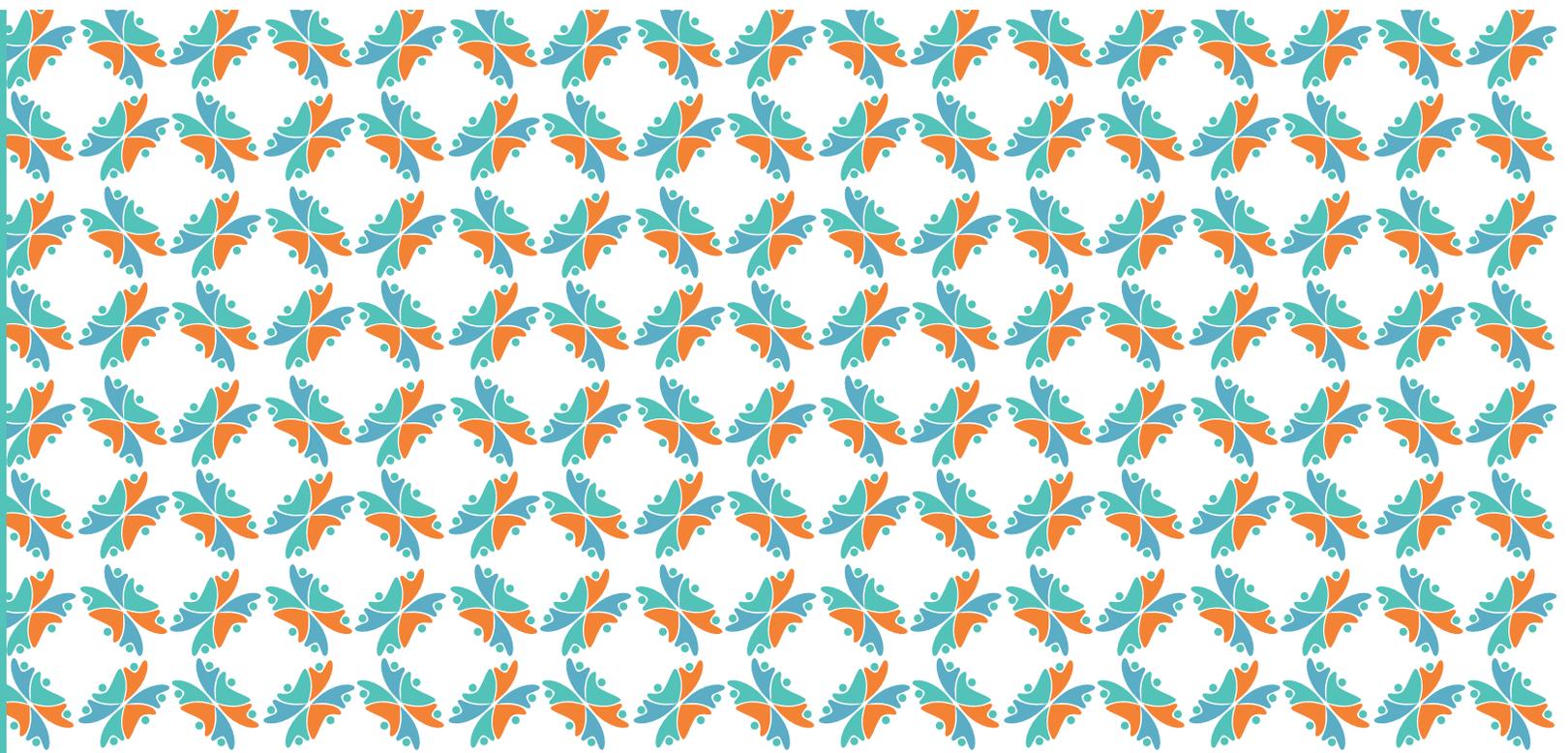
personalíssimo, vivido de modo único por cada pessoa; a deficiência como um conceito em evolução; informações demográficas sobre envelhecimento e deficiência no Brasil; vulnerabilidades – situações que tornam a pessoa idosa e as pessoa com deficiência frágil, cuidado familiar – olhares, tensões e questões de gênero, entre outras. Este capítulo tem a intenção de favorecer a reflexão sobre os contextos que estão implicados no desenvolvimento do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

Os três capítulos seguintes focalizam a concepção, a gestão e o desenvolvimento do Serviço. Nessa linha, no terceiro capítulo, buscou-se contemplar um breve histórico sobre o Serviço, seus usuários, além de tecer comentários sobre alguns fundamentos normativos, conceitos e terminologias utilizadas na concepção da finalidade e dos objetivos do Serviço, quando da sua tipificação, em 2009.

No quarto capítulo, atentou-se para a concepção e a organização metodológica do serviço, tomando por base três eixos: proteção e cuidado social no domicílio, território protetivo e trabalho em rede. Para cada eixo, estão apontadas algumas ações e estratégias orientadoras da organização e da operacionalização do serviço, tendo em vista subsidiar as equipes no planejamento do Serviço sem perder de vista à perspectiva de que, o caminho do Serviço se faz ao longo do caminhar com o usuário.

Finalmente, no quinto capítulo, optou-se por focar na gestão e no planejamento da oferta do serviço, considerando, em especial, algumas questões, a saber: definição e composição da equipe de referência; perfil e atribuições dos profissionais; e recomendações sobre educação permanente e capacitação dos profissionais. Também fazem parte desse capítulo breves orientações sobre os processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação do Serviço, incluindo algumas pistas e possibilidades de formulação de painéis de indicadores, tanto voltados aos processos de trabalho quanto aos resultados almejados.





CAPÍTULO I

1. Assistência Social: política pública e o direito das pessoas com deficiência e das pessoas idosas

A Constituição de 1988, ao instituir, no art. 203, a Política Pública de Assistência Social integrada à Seguridade Social brasileira, para além da proteção social à família, prevê, especificamente, a proteção à pessoa idosa e à pessoa com deficiência. Nessa direção, inscreve, no próprio texto constitucional, a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e à pessoa idosa que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, assim como a habilitação e a reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária¹.

A partir desse marco constitucional, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/1993, ao estabelecer as bases normativas dos direitos socioassistenciais, induz, por meio da diretriz da descentralização político-administrativa, a construção e a implementação do Sistema Único da

1 Para maiores informações, consultar a Resolução CNAS nº 34/2011, no sítio do CNAS.

Assistência Social (SUAS). Dada essa direção, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) define os conceitos essenciais e as bases de organização do SUAS, requisitos fundamentais para lhe dar estrutura e organicidade federativa, além de consolidar o reconhecimento da Assistência Social como direito do cidadão e responsabilidade do Estado. Reconhecimento que se fortalece na articulação e no esteio das lutas da sociedade brasileira pelos direitos de crianças, adolescentes, juventude, pessoas idosas, pessoas com deficiência, mulheres, pessoas em situação de rua, entre outros segmentos.

A PNAS (2004) trouxe, portanto, uma visão social pautada na dimensão ética de incluir “os invisíveis”, as diferenças e os diferentes na proteção social, reconhecendo os riscos e as vulnerabilidades sociais a que as pessoas e famílias estão sujeitas, bem como os recursos com que contam para enfrentar tais situações. Essa política foi construída a partir de um olhar capaz de entender que a população tem necessidades, mas também possibilidades ou capacidades que devem e podem ser desenvolvidas e, sobretudo, compreende que as circunstâncias e as questões sociais que circundam o cotidiano do indivíduo, e dele em sua família, têm enorme influência na sua proteção e autonomia.

Nesse contexto, a PNAS ressalta três vertentes da proteção social: as pessoas, as suas circunstâncias e o seu núcleo de apoio primeiro, isto é, a família. Com isso, torna-se imperativo reconhecer as transformações da família ao longo dos tempos e compreendê-la considerando suas diferentes configurações e a dinâmica do território onde se encontra.

A partir desse olhar, a PNAS (2004) demarca a especificidade da proteção social da Assistência Social e a direção das suas ofertas, no campo das políticas sociais, garantindo por meio dos seus serviços, benefícios, programas e projetos as seguintes seguranças:

- ☛ **segurança de sobrevivência** - renda e autonomia, operada por meio da concessão de auxílios financeiros, da concessão de benefícios continuados, de ações de desenvolvimento de capacidades e habilidades para o exercício do protagonismo e para a conquista de maior grau de independência pessoal e qualidade, nos laços sociais;
- ☛ **segurança de acolhida**, provida por meio de condições de recepção e escuta profissional qualificada, informação, referência e a oferta de uma rede de serviços e locais de permanência/acolhimento de indivíduos e famílias sob curta, média e longa permanência;
- ☛ **segurança de convívio ou vivência familiar e comunitária e social**, por meio da oferta continuada de serviços voltados à construção, à restauração e ao fortalecimento de vínculos geracionais, intergeracionais, familiares, de vizinhança e de interesses comuns e societários.

Nessa direção, a PNAS, ao prever o público demandante das suas ações e benefícios, inclui os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, entre os quais: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico-raciais, culturais, de gênero e em desvantagem pessoal resultante de deficiência.

A partir de 2005, por meio da Norma Operacional Básica (NOB/SUAS, 2005), a Assistência Social organiza seus serviços e ações em forma de Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sob a ótica da primazia da responsabilidade do Estado na condução da sua gestão. Esta é uma das diretrizes estruturante do

SUAS, reiterada pela NOB/SUAS, 2012, aprovada pela Resolução nº 33 do CNAS. É a partir dela que o Estado vem coordenando a rede socioassistencial, integrada pelas ações desenvolvidas pelo próprio Estado e pelas entidades e organizações de assistência social, no sentido de viabilizar a inclusão dos usuários, nas diversas situações de vulnerabilidades e riscos, no conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

Nessa linha, é possível vislumbrar, a partir dos próximos itens, como as pessoas com deficiência e pessoas idosas podem acessar e usufruir o conjunto de serviços e ações da rede socioassistencial quando deles necessitarem.

1.2. Proteções aprofundadas pela política de Assistência Social e a garantia dos direitos socioassistenciais às pessoas com deficiência e às pessoas idosas

Em conformidade com LOAS (Lei nº 8.742/1993), com redação dada pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, o conjunto de serviços e ações da Assistência Social organiza-se considerando dois tipos de proteções: Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial de média e alta complexidade.

Níveis de Proteção do SUAS



1.2.1. Proteção Social Básica (PSB) - Primeiro nível de proteção social no SUAS

A Proteção Social Básica tem por objetivos a prevenção de situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos e da fragilização de vínculos afetivos, discriminações etárias, étnico-raciais, de gênero ou por deficiência, entre outras.

Prevê um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios, sempre na perspectiva inclusiva, organizados em rede, de modo a inserir, nas diversas ações ofertadas, o atendimento às famílias, especialmente daquelas que possuem entre os seus membros pessoas com deficiência e ou pessoas idosas, conforme a situação de vulnerabilidade apresentada.

As ofertas da PSB são organizadas por meio do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)², que é uma unidade pública estatal descentralizada, de base territorial e gestão municipal e do Distrito Federal, com duas funções exclusivas: gestão territorial da rede socioassistencial local e a execução do Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF).

O PAIF tem como propósito fortalecer o papel protetivo das famílias, de maneira que sejam protagonistas sociais e capazes de responder pelas atribuições de sustento, guarda e educação de suas crianças, adolescentes e jovens, bem como garantir a proteção aos seus membros em situação de dependência, como idosos e pessoas com deficiência (MDS, 2012).

O CRAS materializa no território a presença e a responsabilidade do Estado na proteção às famílias, por meio do trabalho social, com foco nas vulnerabilidades sociais e na prevenção dos riscos que afetam as famílias e seus membros, independentemente do seu ciclo vida e de deficiência, de modo a resguardar a diversidade humana.

Para complementar o trabalho social com as famílias, no que tange à oferta de atendimento específico aos seus membros, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) prevê o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Este se articula com o PAIF, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos usuários. É organizado em grupos, segundo os ciclos de vida dos participantes: crianças até 6 anos; crianças e adolescentes de 6 a 15 anos; adolescentes de 15 a 17 anos; jovens de 18 a 29 anos; adultos de 30 a 59; e pessoas idosas a partir de 60 anos.

O SCFV se pauta na perspectiva inclusiva, portanto, as pessoas com deficiência acessam o serviço quando dele necessitam, de acordo com o seu ciclo de vida, observado o direito a um ambiente com acessibilidade e à tecnologia assistiva apropriada ao contexto do serviço.

2 Segundo o Censo SUAS (MDS, 2014), existem no Brasil 8.088 (oito mil e oitenta e oito) CRAS.

O SCFV pode ser ofertado no CRAS, desde que este tenha espaço disponível e não prejudique o desenvolvimento do PAIF. Também poderá ocorrer em centros de convivência públicos estatais ou públicos não-estatais, quando vinculados às entidades ou organizações de assistência social, devidamente inscritas no Conselho de Assistência Social do município ou Distrito Federal. Em ambos os casos, os centros de convivência são, necessariamente, referenciados ao CRAS.

Além dos dois serviços supracitados, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais caracteriza e prevê a oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, com a finalidade de garantir o acesso a direitos e a prevenção de agravos de vulnerabilidades que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários.

Este Serviço constitui-se no objeto deste documento de orientações técnicas, sobre o qual trataremos mais detalhadamente nos capítulos três, quatro e cinco.

A oferta do Serviço no ambiente do domicílio considera que pessoas idosas e pessoas com deficiência podem apresentar vulnerabilidades sociais, inclusive associadas a barreiras atitudinais e/ou sociogeográficas, à dependência de cuidados de terceiros ou à mobilidade limitada, que dificultam ou impedem a adesão, o acesso ou a participação regular nos serviços ofertados nos espaços/unidades do SUAS e no território, de maneira geral. Além disso, também leva em conta às situações em que, o suporte do Serviço às dinâmicas no ambiente do domicílio, envolvendo familiares, vizinhos e a comunidade, pode ser considerado o atendimento mais adequado e oportuno para atender às necessidades específicas dos usuários, tendo em vista o acesso a direitos, o fortalecimento da autonomia e das relações de cuidado e convívio familiar e social

1.2.1.1. Benefícios Socioassistenciais

A Assistência Social dispõe de dois tipos de benefícios:

- ☛ **Benefício de Prestação Continuada – BPC³** é um benefício individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo à pessoa idosa, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. O repasse é efetivado pelo INSS a partir de parceria com o MDS. Para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social.

3 Em relação ao BPC, a Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, no art. 20, regulamenta a matéria e define as condições de acesso, ou seja, os critérios para concessão do benefício, tanto para a pessoa idosa com 65 anos ou mais quanto para a pessoa com deficiência

Para ampliar a proteção social aos beneficiários do BPC, o MDS de forma articulada com outros Ministérios, desenvolve o Programa de Promoção do Acesso das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC à Qualificação Profissional e ao Mundo do Trabalho, priorizando a faixa etária de 16 a 45 anos. O BPC-Trabalho busca assegurar o direito ao trabalho como atividade social ampla, aproximando o beneficiário com deficiência de experiências específicas do mundo do trabalho sem restrição de direitos. Trata-se da oferta de oportunidades para aqueles beneficiários que encontram muitas barreiras na sua trajetória de vida, mas almejam a qualificação profissional e o exercício do trabalho⁴.

Igualmente, de forma articulada com outras pastas ministeriais, desenvolve o Programa BPC na Escola, com o objetivo de promover a elevação da qualidade de vida e a dignidade das pessoas com deficiência até 18 anos, beneficiárias do BPC, garantindo-lhes o acesso e a permanência na escola, por meio de articulação intersetorial, envolvendo as políticas de Educação, Assistência Social, Direitos Humanos e Saúde. A atuação do programa foca em algumas questões, a destacar: identificação das barreiras que impedem ou dificultam o acesso e a permanência de crianças e adolescentes com deficiência na escola; e desenvolvimento de estudos e estratégias articuladas entre as políticas públicas para a superação das barreiras identificadas⁵

- ☛ **Benefícios Eventuais - BE**, de acordo com o art. 22 da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, são provisões suplementares e provisórias que integram as garantias do SUAS e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidades temporárias e de calamidade pública. A concessão e o valor do benefício são definidos pelos estados, Distrito Federal e municípios. Os critérios de acesso e os valores são estabelecidos em lei municipal ou distrital.

Também na lógica da segurança de renda por meio do acesso a benefícios, é importante ressaltar o Programa Bolsa Família-PBF. É um programa que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil, tendo como estratégia central a oferta de benefício em dinheiro transferido diretamente pelo governo federal como **complemento da renda** às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza⁶. O acesso das famílias ao PBF requer obrigatoriamente a sua inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais – CadÚnico. A seleção das famílias para o PBF é feita por um sistema informatizado, a partir dos dados que elas informaram no Cadastro Único e das regras do programa. Ao se inscrever no CadÚnico as famílias declaram informações sobre as pessoas com deficiência e idosas componentes da família.

As informações sobre o CadÚnico, os Benefícios Socioassistenciais e o Programa Bolsa Família podem ser obtidas no CRAS.

4 BPC-Trabalho (MDS, folder).

5 BPC na Escola (MDS, folder).

6 O Programa Bolsa Família está previsto em lei — Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 — e é regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, e outras normas. A legislação sobre o programa pode ser consultada em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/legislacao-teste/legislacao>

1.2.2. Proteção Social Especial (PSE)

Este nível de proteção oferece um conjunto de serviços e programas especializados de média e alta complexidade a famílias e indivíduos, inclusive a pessoas idosas e a pessoas com deficiência, em situação de risco ou com direitos violados - incluindo os riscos e violações relacionados à situação de dependência de cuidados de terceiros em virtude da idade (pessoa idosa) e da deficiência.

Tem por objetivos contribuir para o fortalecimento de vínculos familiares, sociais e comunitários, a qualificação das funções protetivas da família, a reconstrução de vínculos familiares fragilizados ou rompidos; e proteger as famílias e os indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

A PSE está voltada às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por violação dos direitos humanos, a exemplo da ocorrência de violência física, psicológica, negligência, abandono, violência sexual (abuso e exploração), situação de rua, trabalho infantil, prática de ato infracional, fragilização ou rompimento de vínculos, afastamento do convívio familiar, entre outras, a exemplo da precarização dos cuidados familiares nas situações de dependência das pessoas idosas e das pessoas com deficiência.

Alguns grupos são particularmente vulneráveis à vivência das situações de violência e violação de direitos nominadas acima, tais como: crianças, adolescentes, **pessoas idosas**, **pessoas com deficiência**, populações LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), mulheres (MDS,2012)

Estes grupos possuem um conjunto de direitos sociais e econômicos do escopo das distintas políticas públicas, por isso a proteção social especial pressupõe, necessariamente, uma estreita articulação com os órgãos gestores das políticas transversais que atuam, de forma mais destacada, na promoção, defesa e garantia dos direitos e proteção desses segmentos.

1.2.2.1. Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC)

Diferentemente da PSB, que organiza sua cobertura nos territórios tendo como unidade estruturante o CRAS, a PSE de média complexidade, dada à diversidade de situações que justificam suas ofertas e o reconhecimento de singularidades importantes do público que atende, conta com três unidades de referência estruturantes. São elas: CREAS, Centro-dia e Centro Pop.

- ↳ **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**⁷: unidade pública estatal de gestão municipal, do Distrito Federal ou de gestão estadual, quando da oferta regionalizada

7 Segundo o Censo SUAS (2014), existem no Brasil, 2.372 (dois mil, trezentos e setenta e dois) CREAS.

dos serviços de média complexidade. O CREAS é o locus de referência da oferta de trabalho social especializado no SUAS às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos.

O CREAS oferta, obrigatoriamente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que consiste no apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias e indivíduos, em qualquer ciclo de vida, que vivenciem situação de risco, por violações de direitos, e direitos violados, inclusive as pessoas com deficiência e idosas que devem acessá-lo sempre que necessitarem.

Em conformidade com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, outros serviços da PSE de média complexidade podem ser ofertados no CREAS. São eles:

Serviço Especializado em Abordagem Social

Este Serviço tem como finalidade assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa nos espaços públicos - praças, entroncamentos de estradas, fronteiras, terminais de ônibus, trens, metrô, entre outros locais de intensa circulação de pessoas - para identificar crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam esses espaços como forma de moradia e/ou sobrevivência. Ao identificar pessoas com deficiência nesses espaços públicos, o Serviço também as acolhe e realiza os encaminhamentos necessários à rede.

Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC)

Este Serviço tem como finalidade o acompanhamento a adolescentes e jovens até 21 anos, em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente. No caso de adolescentes e jovens com deficiência, encaminhados pela Justiça para o cumprimento de medidas socioeducativas, o serviço igualmente acolhe, como faz com os demais, e organiza o cumprimento da medida, conforme as normas e orientações técnicas do Serviço.

Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias

Este Serviço tem por finalidade ofertar atendimento especializado de cuidado e proteção social as pessoas com deficiência e as pessoas idosas, com algum grau de dependência, e suas famílias, considerando os agravos por violações de direitos, como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas, precarização e/ou falta de cuidados adequados por parte do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, entre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia. Conforme dispõe a Tipificação, este Serviço pode ser ofertado no CREAS, em Unidades Referenciadas ao CREAS, no domicílio do usuário e em

Centros-Dia, que é a unidade de referência da proteção social especial de média complexidade sobre a qual se tratará adiante.

- ☛ **Centro - Dia de Referência para Pessoa com Deficiência⁸:** pode ser uma unidade pública estatal, quando de gestão direta do órgão da Assistência Social, bem como unidade pública não estatal, quando o serviço for executado pelo órgão gestor municipal em parceria com uma unidade referenciada ao CREAS, vinculada à entidade ou organização de assistência social abrangida pela LOAS, devidamente inscrita no Conselho de Assistência Social, do município ou do Distrito Federal.

No ano de 2012, o MDS/SNAS optou, pela implantação inicial do Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias em Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, por considerar que estas apresentam trajetórias de desenvolvimento pessoal e de participação social como as demais pessoas, sendo a situação de dependência de cuidados de terceiros, associada à precarização dos cuidados familiares, uma desproteção, um risco de violação de direitos, uma barreira importante que impede a ampliação da participação social dessas pessoas e de suas famílias.

A SNAS considerou ainda que jovens e adultos de 18 a 60 anos apresentam maiores riscos devido à idade, estresse e/ou adoecimento dos cuidadores familiares ou de sua inexistência e que este coletivo constitui um grupo de relativa heterogeneidade, portanto, público prioritário dos Centros-dias de Referência, nesta fase inicial de implantação do Serviço. Reconhece, contudo, que pessoas com 60 anos ou mais, em situação de dependência de cuidados, pela idade ou pela deficiência necessitam também deste Serviço. Espera-se, entretanto, a ampliação do SUAS para que promova a implementação de novas unidades. A oferta do Serviço de Proteção Social Especial na Unidade Centro-Dia integrou o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência Viver sem Limite - 2012/2014, quando foram implantadas 18 Unidades, uma em cada Estado da Federação.

Veja, a seguir, a definição do Centro- Dia, conforme as orientações técnicas que balizam o seu funcionamento.

O Centro-Dia é uma unidade de oferta do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. Trata-se de um equipamento social destinado à atenção diurna de pessoas com deficiência, em situação de dependência, em que uma equipe multidisciplinar presta serviço de proteção social especial e de cuidados pessoais complementares aos ofertados pela família nas dimensões básica (alimentar-se, realizar higiene, vestir-se e deslocar-se, etc.) e instrumental (apoio em atividades que promovam autonomia e independência); fortalecimento de vínculos, autonomia e inclusão social, por meio de ações de acolhida; escuta informação e orientação; elaboração de um Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento; orientação e apoio nos autocuidados; apoio ao desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; identificação e fortalecimento de redes comunitárias de apoio; identificação e acesso a tecnologias assistivas e/ou ajudas técnicas de autonomia no serviço, no domicílio e na comunidade; apoio e orientação aos cuidadores familiares, com vistas a favorecer a autonomia da pessoa cuidada e do cuidador familiar (MDS, 2013).

8 Em fevereiro de 2016, dados da SNAS indicavam a existência de 17 Centros-Dia em funcionamento, alguns em parceria com organizações não governamentais.

- ☛ **Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop)**⁹: unidade pública estatal, de gestão municipal ou do Distrito Federal, de base territorial. Oferece o **Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**. Este Serviço tem por finalidade assegurar o acompanhamento especializado dos usuários, com atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, resgate, fortalecimento ou construção de vínculos interpessoais e/ou familiares, tendo em vista a construção de outros projetos e trajetórias de vida, que viabilizem o processo gradativo de saída da situação de rua (MDS, 2012). Veja, a seguir, o conceito de população em situação de rua.

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, considera população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Entre as pessoas em situação de rua, possíveis usuárias do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ofertado no Centro Pop, encontram-se pessoas idosas e pessoas com deficiência, além de outras com diferentes especificidades. Ao identificar essas pessoas em situação de rua, a equipe do Serviço deve acolhê-las e inclui-las no acompanhamento, articulando os acessos necessários à rede de políticas públicas, de modo a viabilizar o processo gradativo de superação dessa situação de desproteção.

1.2.2.2. Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSEAC)

A PSE de Alta Complexidade compreende a oferta de Serviços de Acolhimento, em distintas modalidades, para famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados. São serviços voltados àquelas pessoas que, temporariamente ou não, em qualquer ciclo de vida, não contam com a proteção e os cuidados da família de origem ou família extensa¹⁰, seja porque foram afastadas do núcleo familiar por meio de medida protetiva/judicial ou porque o acolhimento tornou-se a medida mais adequada à sua proteção e melhoria da sua qualidade de vida.

Destina-se a públicos diferenciados, como crianças e adolescentes, jovens entre 18 e 21 anos, jovens e adultos com deficiência, adultos e famílias, mulheres em situação de violência doméstica, pessoas idosas e famílias

9 Segundo o Censo SUAS (2014), existem 215 (duzentos e quinze) Centros Pop no Brasil.

10 Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 25 - Família de origem: entende-se por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes (Vide Lei nº 12.010, de 2009). Parágrafo único. Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

ou indivíduos desabrigados/desalojados. É importante notar que, para cada público, há modalidade(s) específica(s) de serviços de acolhimento tipificadas¹¹: casa-lar, abrigo institucional, casa de passagem, residências inclusivas, repúblicas e também acolhimento em famílias acolhedoras (acolhimento familiar)¹² para crianças e adolescentes.

De acordo com as normativas brasileiras, os serviços de acolhimento devem orientar-se por vários princípios gerais, entre os quais, destacam-se:

- ☛ Investimento prioritário nas possibilidades de manter a proteção e os cuidados da pessoa no contexto familiar, antes da decisão pelo acolhimento, de modo a resguardar o direito à convivência familiar e comunitária;
- ☛ Excepcionalidade e temporalidade – o afastamento do convívio familiar deve ser uma medida rara, aplicada diante de extrema necessidade e como medida protetiva de direitos individuais e sociais. Separações desnecessárias, por vezes súbitas e longas, podem causar prejuízos ao desenvolvimento da pessoa ou mesmo fortalecer processos de fragilização de vínculos e de violação do direito a convivência familiar e comunitária. Nesse sentido, são necessários estudos técnicos que apontem impedimentos sociais e/ou jurídicos de permanência da pessoa no núcleo familiar de origem ou em família ampliada;
- ☛ Reconhecimento dos vínculos familiares e sociais ainda existentes, apesar do afastamento do núcleo familiar, assim como valorizar o restabelecimento e/ou construção de novos vínculos protetivos e de convívio;

Em função de especificidades dos ciclos de vida e de singularidades de algumas situações, a organização dos serviços de acolhimento possui algumas particularidades, que estão descritas em algumas normativas. A seguir estão pontuadas algumas:

- ☛ No que concerne às crianças e adolescentes, independentemente de deficiência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define o acolhimento como medida excepcional e transitória, determinada pela Justiça. Assim, a criança ou o adolescente somente poderá ser encaminhado para o serviço de acolhimento, seja para uma unidade institucional, seja para uma família acolhedora, por meio de uma Guia de Acolhimento, expedida pela autoridade judiciária. A exceção ocorre apenas em situações de emergência previstas em lei, em que o Conselho Tutelar pode determinar o acolhimento e comunicar imediatamente a autoridade judiciária. Grupos de crianças e adolescentes com vínculos de parentesco (irmãos, primos, etc) devem ser atendidos na mesma unidade ou família acolhedora.

11 Segundo o Censo SUAS, 2014, existem no Brasil, 5.184 (cinco mil, cento oitenta e quatro) unidades de acolhimento para os diversos públicos previstos na tipificação.

12 Estatuto da Criança e do Adolescente, art.101, §1o: O acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade.

- ☛ Em relação à pessoa idosa, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (MDS, 2009) e o Estatuto do Idoso¹³(art.44 da Lei nº 10.741/2003) preveem o acolhimento de pessoas idosas independentes ou com diversos graus de dependência, de ambos os sexos, em casas-lares, em abrigos institucionais, (Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI) ou em repúblicas, assegurado o atendimento de idosos com vínculo de parentesco ou afinidades (casais, irmãos e amigos, etc) na mesma unidade. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência para aqueles sem possibilidades de autossustento e de convívio com familiares. Também, para as pessoas idosas, a Tipificação prevê o Serviço de Acolhimento em República, este destinado a pessoas idosas que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e de condições de desenvolver, de forma independente, as atividades da vida diária, mesmo quer e queiram o uso de equipamento de auto ajuda.
- ☛ No que diz respeito ao acolhimento de pessoas com deficiência, as normativas orientam o acolhimento inclusivo, junto com as demais pessoas sem deficiência, respeitados os ciclos de vida e asseguradas às condições de acessibilidade. Contudo, considerando a singularidade de algumas situações, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (MDS, 2009), reiterada pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) prevê a proteção integral na modalidade de residência inclusiva para jovens e adultos com deficiência em situação de dependência que não disponha de condições de autossustentabilidade, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Residências inclusivas: unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), localizadas em áreas residenciais da comunidade, com estruturas adequadas (acessíveis), que contam com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, de modo a propiciar a construção progressiva da autonomia e do protagonismo no desenvolvimento das atividades da vida diária, a participação social e comunitária e o fortalecimento dos vínculos familiares com vistas à reintegração e/ou convivência. A concepção de Residência Inclusiva é diferente da concepção do acolhimento em República¹⁴.

Também vinculado à concepção de PSE de alta complexidade, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais prevê o Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências, voltado ao apoio e proteção à população atingida por situações de desastres, a exemplo de incêndios, inundações e deslizamentos, entre outros eventos que possam implicar em perdas humanas, em perdas parciais ou totais de moradia, objetos ou utensílios pessoais, ou em outros impactos à saúde, além de danos ao meio ambiente e à propriedade, da interrupção dos serviços e de distúrbios sociais e econômico¹⁵. O serviço também se destina às famílias e indivíduos removidos de áreas consideradas de risco, por prevenção ou determinação do Poder Judiciário.

13 De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), art.37, § 1o: A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, no caso de abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

14 Consultar - Serviços de Acolhimento em Repúblicas, Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais/2009

15 Para maiores informações, consultar Protocolo Nacional Conjunto para Proteção integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em situação de Risco e Desastres. Também consultar Instrução Normativa nº 01, de 24 de agosto de 2012, do Ministério da Integração Nacional.

Independente da proteção à população em geral, o serviço reconhece que crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência são particularmente mais vulneráveis à violação de seus direitos, pois, nessas circunstâncias, as condições usuais de proteção desses segmentos são ainda mais precarizadas.

A política de Assistência Social integra o Protocolo Nacional Conjunto para a Proteção Integral a esses segmentos, tendo como objetivo assegurar a proteção integral e reduzir as vulnerabilidades de crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência, nas situações de risco e de desastres.

1.3. Alguns desafios para um SUAS cada vez mais acessível e inclusivo

Os desafios a seguir, certamente, estarão implicados na gestão e operacionalização do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas:

- ☛ a garantia de acessibilidade nas ações e serviços do SUAS, de modo que se aperfeiçoe a infraestrutura dos equipamentos e a qualificação do trabalho em rede intrasetorial e intersetorial;
- ☛ a elaboração e a adoção de protocolos e fluxos de atendimento integrado, considerando que as políticas específicas para esses segmentos são transversais a todas as políticas públicas;
- ☛ a utilização das diversas dimensões territoriais na elaboração do planejamento dos serviços, de modo que cada região do país, município ou mesmo território tenha as suas particularidades e demandas específicas identificadas e consideradas;
- ☛ a implementação do atendimento para a população nos territórios rurais e com dispersão territorial;
- ☛ a criação de condições para o apoio aos usuários em relação à sua participação nos espaços de controle social;
- ☛ a integração das ofertas públicas não estatais desenvolvidas pelas entidades e organizações de Assistência Social às ofertas públicas estatais desenvolvidas diretamente pelo órgão gestor local da Assistência Social.



CAPÍTULO II

2. Concepções e contextos que orientam o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

Os diferentes contextos sociais e culturais vivenciados e as diferentes concepções construídas ao longo dos tempos podem influenciar as escolhas e decisões no âmbito das políticas públicas e, em particular, da Assistência Social. No escopo desta, conseqüentemente, podem afetar a organização e as práticas do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas, pois afetar e ser afetado são efeitos inerentes aos encontros entre as pessoas.

Os encontros podem favorecer a expansão da vida, o sentimento de valorização, bem como estimular a ação para mudanças ou, de outro modo, podem gerar subordinação, desqualificação, redução da vida, desumanização. Assim, sentimento e capacidade para agir são, nessa matriz de pensamento, inseparáveis (MDS, 2013).

2.1. Envelhecimento: um direito personalíssimo

O intuito aqui é refletir brevemente sobre possíveis transformações decorrentes do avanço da idade que possam auxiliar na compreensão do que vem a ser uma pessoa idosa em nossa sociedade, de algumas consequências do envelhecimento e a da vivência da velhice em si, visões que podem influenciar na elaboração das políticas públicas para essa população, em particular influenciar o desenvolvimento do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas.

Inicialmente, pensar o envelhecimento remete a considerá-lo um direito personalíssimo, ou seja, intransferível, pertencente ao indivíduo na sua singularidade e também como um processo natural, próprio das transformações biológicas, no dia a dia do próprio organismo, relacionadas aos ciclos de vida, como escreveu Simone de Beauvoir, em seu livro *A velhice*: “morrer prematuramente ou envelhecer: não existe outra alternativa”.

Assim, como toda etapa do ciclo de vida, a velhice caracteriza-se e como um processo de crescimento, com perdas e ganhos, com possibilidades de aprendizado, crises e mudanças. As perdas e ganhos não são vivenciados apenas em seu corpo, mas nas relações familiares e sociais e influenciam a maneira como cada um se relaciona consigo mesmo, o modo como se percebe e os significados que atribui à fase em se encontra (MDS, 2012). Estar em uma fase economicamente ativa ou não, por exemplo, pode dizer muito sobre uma pessoa idosa e sobre as expectativas sociais sobre ela, em uma sociedade que tem o mundo do trabalho na centralidade de sua organização. Assim, pode-se afirmar que embora cada um viva a velhice de forma singular, os significados vivenciados na trajetória do envelhecimento tem forte influência do lugar atribuído à pessoa idosa na sociedade ou mesmo no micro território onde vive.

A partir do olhar sobre o lugar social atribuído a pessoa idosa, pode-se observar que, escritores, pesquisadores, artistas, filósofos, legisladores, bem como poetas e poetisas produzem e reproduzem, ao longo da história, ideias sobre o sentido do envelhecimento, construindo sobre a velhice definições, cronologia, imagens e representações que revelam questões específicas das sociedades em que as pessoas idosas vivem. A velhice, portanto, não pode ser vista pelo Serviço como um fenômeno homogêneo, estático, uma vez que cada pessoa vivencia esse ciclo de vida de uma forma, considerando sua trajetória particular e as condições econômicas, de saúde, educação e, ainda, gênero, etnia, contexto familiar e territorial a ela relacionados.

Também deve-se considerar o que diz Beauvoir (1990), já que, como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Nessa linha, Mascaro (2009) também afirma:

[...] os idosos são “personagens” reais e também fictícios em nossa vida pessoal, afetiva e intelectual. Estamos em constante sintonia com eles através de nossa vida familiar e do trabalho e também por meio dos jornais, da televisão, do cinema, da literatura, da música e das artes. Podemos nos comover, nos emocionar e aprender com sua experiência e criatividade. Cada um deles nos transmite uma imagem pessoal e particular do que seja envelhecer. Muitas imagens são luminosas, vigorosas, expressando e traduzindo tranquilidade, felicidade e sabedoria nessa

fase da existência. Outras vezes, nos defrontamos com imagens sombrias, tristes, refletindo uma situação de insegurança, carência e sofrimento¹⁶.

Sob qualquer prisma, é importante reconhecer a complexidade dessa fase do desenvolvimento humano e suas várias maneiras de vivenciá-la. Algumas pessoas envelhecem saudáveis e têm mais energia que pessoas consideradas jovens. Outras, mesmo expostas a condições desfavoráveis, saem delas fortalecidas. Portanto, toda pessoa tem uma história única, construída cotidianamente, no seu percurso de vida. Esses aspectos devem ser considerados em qualquer ação voltada à melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Embora o envelhecimento seja pessoal e único, a definição de pessoa idosa, para efeito de políticas públicas, não diz respeito a um indivíduo isolado, relaciona-se também à sociedade em que vive. Sendo assim, é comum a utilização, por diversos países, do recorte de idade para definir uma pessoa idosa. Tal recorte é muito importante para a elaboração de serviços, programas e políticas públicas específicas para o seu atendimento.

No Brasil, a Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, definem pessoa idosa como aquela com idade igual ou superior a (60) sessenta anos. A partir dessa idade, a lei prevê garantias, entre as quais pode-se ressaltar: o atendimento preferencial junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; a priorização do atendimento por sua própria família, em detrimento do atendimento em serviços de acolhimento como abrigo institucional (instituição de longa permanência); a vedação de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão contra a pessoa idosa; e a punição na forma da lei, de qualquer atentado aos seus direitos, por ação ou omissão.

A partir desses breves comentários, é imprescindível reconhecer que o envelhecimento é um processo vivenciado de diferentes maneiras pelos sujeitos, e que se caracteriza por envolver fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, entre outros. A depender de sua história de vida, das suas relações sociais e da conjuntura da sociedade em que vivem, as pessoas idosas poderão estar mais expostas a situações de vulnerabilidade ou mais fortalecidas para enfrentar adversidades, que podem ser decorrentes de seu ciclo de vida ou não. Assim, é importante que os profissionais envolvidos com a oferta do SPSB no Domicílio conheçam as implicações do processo de envelhecimento na sociedade brasileira para compreender que não se trata de um processo homogêneo e marcado apenas por aspectos biológicos e, ao mesmo tempo, se coloquem a favor de uma cultura que acolha o envelhecer com dignidade como um direito social e que reconheça a valiosa contribuição social da pessoa idosa.

16 Disponível em: <<http://soniamascaroleituras.blogspot.com.br/2009>>.

2.2. Deficiência: um conceito em evolução

As discussões históricas sobre a deficiência mostram que, por longos anos, prevaleceram na sociedade concepções fundamentadas no chamado “modelo médico”. Este modelo considerava as incapacidades ou limitações decorrentes da deficiência como um problema da pessoa, consequência direta de uma doença, de uma lesão ou de outro problema de saúde, que necessitava de cuidados médicos, pois era passível de tratamento.

Com os avanços no campo das ciências e o fortalecimento dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, novos conceitos e concepções foram defendidos e acatados pelos órgãos internacionais e nacionais, na perspectiva da compreensão de que, a “deficiência não está na pessoa como um problema a ser curado, e sim na interação com a sociedade, que pode, por meio das barreiras que são impostas às pessoas com deficiência, agravar uma determinada limitação funcional” (SDH, 2014, p. 27).

Atualmente, é consenso o entendimento de que deficiência não é doença e nem deve ser confundida com a palavra incapacidade. As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente (CIF, 2003).

Quanto ao termo “incapacidade”, denota um estado negativo de funcionamento da pessoa em função do ambiente humano e físico inadequado ou inacessível, e não um tipo de condição. Por exemplo, a incapacidade de uma pessoa cega para ler textos que não estejam em braile; a incapacidade de uma pessoa com baixa visão para ler textos impressos em letras miúdas; a incapacidade de uma pessoa em cadeira de rodas para subir escadarias; a incapacidade de uma pessoa com deficiência intelectual para entender explicações complexas; a incapacidade de uma pessoa surda para captar ruídos e falas. Configura-se, assim, a situação de “desvantagem” imposta às pessoas com deficiência através daqueles fatores ambientais que não constituem barreiras para as pessoas sem deficiência (SASSAKI, 2004)¹⁷

Outro conceito que por muito tempo dominou o imaginário coletivo e foi instituído em alguns marcos normativos, incluindo a Constituição Federal Brasileira de 1988, foi a utilização da terminologia “pessoa portadora de deficiência”, não mais utilizado no contexto atual. Esse termo foi alterado, passando a vigorar o termo “pessoas com deficiência”, adotado na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral da ONU e ratificada no Brasil, em julho de 2008.

A mudança da terminologia traduz a concepção de que a pessoa não “porta” uma deficiência, ela “tem uma deficiência”, seja na estrutura do corpo, seja de alguma função, que limita a realização de alguma(s) atividade(s) e restringe a participação social. Essas mudanças de conceitos e concepções sobre deficiência

17 SASSAKI, Romeu Kazumi. Deficiência mental ou deficiência intelectual. S. l., dez. 2004.

e pessoas com deficiência decorrem das lutas dos movimentos sociais em prol da afirmação do direito à inclusão e participação social das pessoas com deficiência.

O Brasil, a partir da ratificação da referida Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, vem atualizando seu conjunto de legislações, de modo a incorporar os avanços jurídicos e conceituais inscritos nessa Convenção e realizar as adequações necessárias. Cita-se como exemplo a atualização da LOAS, dada pela Lei nº 12.435/2011 (conhecida como Lei do SUAS), e a entrada em vigor da Lei nº 13.146, de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão - Estatuto da Pessoa com Deficiência), marco normativo concebido no bojo das lutas sociais brasileiras por ampliação e afirmação dos direitos humanos.

Nessa linha, a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), adotada no Brasil, como emenda à Constituição Federal, em 2008 e base para a construção da Lei Brasileira de Inclusão, Lei nº 13.146/2015, ao definir um novo conceito de Pessoa com Deficiência inclui as dimensões da interação das deficiências, nas suas várias naturezas (física, mental, intelectual, sensorial – auditiva e visual, e autismo) com as diversas barreiras (arquitetônica, atitudinais, de comunicação, transporte e outras) e a obstrução da participação social das pessoas afetadas, pois essas barreiras, na maioria das vezes, constituem-se nos principais fatores impeditivos do acesso e usufruto das pessoas com deficiência aos direitos humanos que lhe são inerentes.

A partir desses marcos normativo, as políticas públicas brasileiras devem considerar na formulação, gestão, operacionalização e avaliação de suas ações os seguintes conceitos:

☛ **Pessoa com Deficiência**

Aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

☛ **Barreiras**

Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros.

☛ **Acessibilidade**

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Com isso, ao reconhecer que a deficiência é um conceito em evolução, cuja definição resulta das interações entre as pessoas com deficiência e as barreiras impostas pelo contexto social vivenciado, a categorização da deficiência (física, visual, auditiva, mental/intelectual e múltiplas, associadas ou não a síndromes do Transtorno do Espectro do Autismo, Síndrome de Down, Síndrome de Rett, entre outras) não deverá ser considerada como o aspecto mais relevante do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, e sim, as vulnerabilidades sociais e as barreiras que dificultam ou impedem o acesso aos direitos socioassistenciais no território, bem como seu impacto na precarização dos cuidados familiares e na participação social e autonomia da pessoa cuidada e do cuidador familiar.

2.3. Aspectos demográficos: envelhecimento e deficiência

No Brasil, o crescente aumento da população com idade igual ou superior a 60 anos é um dos maiores triunfos do país. Entre as explicações para esse crescimento, pode-se apontar a continuidade do processo de declínio da fecundidade e, paralelamente, o crescimento da expectativa de vida em função dos avanços em vários indicadores sociais do país, a exemplo dos avanços tecnológicos na política de saúde, da regularidade e ampliação das campanhas de vacinação e da redução da taxa de mortalidade por doenças infectocontagiosas.

Entretanto, a maior longevidade da população gera também grandes desafios, em função do aumento das demandas por políticas sociais e econômicas, dos impactos na previdência social e da necessidade de medidas que garantam dignidade, cuidado, autorrealização, autonomia, participação e independência às pessoas idosas.

A projeção do IBGE para o ano de 2016 é de que haja 206,1 milhões de habitantes no Brasil. Para o grupo populacional com 60 anos ou mais, as projeções indicam 24,9 milhões, correspondente a 12% do total da população. Existe também um progressivo aumento da população com 80 anos ou mais. Enquanto no período de 2000 a 2010, o grupo de 60 a 69 anos cresceu 21,6%, o grupo com 80 anos ou mais cresceu 47,8%, sendo que em alguns lugares do Sul cresceu 65% (SDH/PR, 2013, p. 19).

O Censo de 2010 e as projeções demográficas do IBGE para 2016 indicam que, em todos os grupos etários acima de 60 anos, há mais mulheres do que homens, ou seja, há uma forte feminização desse segmento. A PNAD de 2014 aponta que, entre as mulheres de 70 anos ou mais, 55,2% eram viúvas, entre os homens na mesma faixa etária apenas 19,6%, eram viúvos. Esse fenômeno pode ser explicado porque os homens idosos voltam a casar (ter companheira) muito mais que as mulheres, levando-se a pressupor que, embora as mulheres vivam mais, estão mais suscetíveis a viver solteiras ou viúvas na velhice.

A Assistência Social precisa ter em vista, para além das necessidades gerais, as demandas específicas dos vários grupos de homens e mulheres idosas, pois haverá sempre diferentes demandas entre os gêneros e entre os grupos populacionais de 60, 70, 80 e 90 anos. Grande parte das experiências de cada grupo foi ou

será vivida em décadas diferentes e, portanto, em contextos sociais e políticos distintos do país. Por vezes, cada período da história vivenciado por homens e mulheres agrega referências e experiências que podem influenciar na forma como percebem a si e como podem lidar com as mudanças, com as tecnologias e com o mundo.

É importante considerar que o crescente aumento proporcional do grupo com idade de 60 anos ou mais dá-se em um contexto de transformações das famílias, que vêm adquirindo papéis, estruturas, contornos e arranjos familiares diversos. As mudanças nos padrões de fecundidade, com famílias menores; a posição da mulher no mercado de trabalho; a urbanização das cidades; a migração dos mais jovens em busca de trabalho ou estudo fora de seus lugares de origem; o aumento dos divórcios e dos recasamentos; tudo isso pode influenciar na forma como as famílias se organizam para atender e cuidar das pessoas idosas, em especial, daquelas que necessitam de cuidados contínuos de terceiros.

Por sua vez, algumas pesquisas, como as de Saad e Saboia (apud CAMARANO, 2004), têm mostrado que a aposentadoria e os benefícios sociais, como o BPC, têm contribuído para uma nova organização familiar em torno da pessoa idosa, por esta ter uma renda mensal fixa. Esse fenômeno tem levado pessoas da família, como netos ou filhos com sua família, a residirem com a pessoa idosa, principalmente, nos pequenos municípios, áreas rurais e regiões mais empobrecidas do país (MDS, 2012, p. 21). Contudo, não se pode afirmar se esse fenômeno tem impacto na qualidade da proteção e cuidado familiar com essas pessoas idosas.

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

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

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

Ao agregar os dados por faixa etária, o Censo (IBGE, 2010) considerou 17 grupos de idade, começando pelo grupo de 0 a 4 anos e finalizando pelo grupo de 80 anos ou mais. Há pessoas com deficiência em todos os grupos de idade. No grupo das pessoas com deficiência com 65 anos ou mais, o Censo (IBGE, 2010) mostrou os seguintes percentuais: deficiência visual (49,8%); auditiva (25,6%); motora (38,3%); e mental ou intelectual (2,9%). Embora, seja importante compreender a estreita relação entre deficiência e envelhecimento, é necessário entender as implicações da deficiência em todos os ciclos de vida.

A deficiência não retira das pessoas a condição de ser criança, adolescente, jovem, adulto e pessoa idosa. Igualmente às demais pessoas, as que possuem algum tipo de deficiência vivenciam todos os ciclos de desenvolvimento e passam pelas naturais transformações biopsicossociais, ou seja, por mudanças físicas, cognitivas e psicossociais. Cada ciclo de vida pressupõe algumas medidas de proteção para resguardar os direitos e os cuidados inerentes a cada ciclo. Não se pode esquecer, por exemplo, que uma criança sempre será uma criança, independentemente da deficiência, classe social, raça/etnia, orientação sexual e local de nascimento. Da mesma forma, jovens e adolescentes com deficiência anseiam por atenções, cuidados e proteções que garantam a sua qualidade de vida, a construção de autonomias e a vida independente.

Ao considerar a categoria “deficiência severa”, o Censo (IBGE, 2010) revela que 8,3% da população brasileira, apresentava pelo menos um tipo de deficiência severa. Para se chegar a este contingente, foram consideradas as respostas de forma positiva às duas perguntas do Censo sobre cada tipo de deficiência, em que os questionados disseram que “tem grande dificuldade” e “não consegue de modo algum”. Assim, o quadro a seguir revela a síntese das respostas dos entrevistados:

- ☛ 3,46% tem deficiência visual severa;
- ☛ 1,12% tem deficiência auditiva severa;
- ☛ 2,33% tem deficiência motora severa;
- ☛ 1,4% tem deficiência intelectual ou mental severa

IBGE, Censo, Pessoas com Deficiência, 2010; 2012.

No Brasil, embora não se tenha informações sobre a prevalência das deficiências, tipos, causas e correlação com os territórios, o surgimento recente de um número significativo de casos de microcefalia em crianças nascidas nos anos de 2015 e 2016 e a associação dessas manifestações com a contaminação das mães pelo Zika Vírus têm resultado no reconhecimento de demandas diversas para as políticas públicas tanto em relação ao atendimento às crianças afetadas quanto à atenção às famílias diante dos impactos diversos na dinâmica familiar, nas condições econômicas, emocionais e sociais.

Com os avanços nos estudos sobre os possíveis efeitos causados pela infecção do Zika Vírus no desenvolvimento do cérebro da criança, a ciência já aponta a existência da síndrome congênita¹⁸ do Zika Vírus no país, pois, as manifestações dos impactos no cérebro da criança estão para além da microcefalia presente em vários grupos de crianças atingidas pelo vírus durante a gestação. A microcefalia pode ser somente um dos sinais que essas crianças apresentam.

Dados extraídos nos informes do Ministério da Saúde, em 25 de novembro de 2016, apontaram 10.276 notificações e 2.189 casos confirmados para a microcefalia. É importante esclarecer que a Saúde faz a notificação e a confirmação dos casos referentes à microcefalia. No entanto, há crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus que nascem com o perímetro encefálico normal e apresentam outras má-formações e deficiências (que podem ou não ser identificadas após o nascimento da criança). Ainda não há dados do Ministério da Saúde sobre essas crianças.

18 É congênita porque os sintomas estão presentes já no nascimento.

Para o Ministério da Saúde, a microcefalia tem a seguinte definição:

A microcefalia não é um agravo novo. Trata-se de uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Neste caso, os bebês nascem com perímetro cefálico (PC) menor que o normal, que habitualmente é superior a 32 centímetros. Essa malformação congênita pode ser efeito de uma série de fatores de diferentes origens, como substâncias químicas e agentes biológicos (infecciosos), como bactérias, vírus e radiação. A detecção do genoma do ZIKV realizada pelo Instituto Oswaldo Cruz em líquido amniótico de duas mulheres grávidas de fetos com microcefalia, seguida da detecção do ZIKV pelo IEC em neonato (caso fatal) com microcefalia, proporcionou à ciência o reconhecimento da associação entre o vírus ZIKA e casos de microcefalia, ora observados no Brasil (MS, 2016)¹⁹.

Em relação à prevalência dos casos confirmados tem-se a seguinte situação, conforme dados extraídos do MS, por município, em 25 de novembro de 2016. Entre 2015 e novembro de 2016, 1.146 municípios apresentavam casos de notificações e 700 municípios apresentavam casos confirmados. A região nordeste concentra o maior número de municípios com casos confirmados. Na sequência tem-se a região Sudeste, Norte, Centro Oeste e Sul.

Segundo relatório da SNAS/2016, entre os principais impactos Sociais referente à essa questão que podem repercutir em toda a vida da criança e de sua família, verifica-se:

- ☞ Mães ficam sem tempo para cuidar dos outros filhos. A maioria precisou deixar de trabalhar para acompanhar o bebê nos centros de atendimento;
- ☞ Estresse e fadiga física devido aos longos períodos nos centros de atendimento;
- ☞ Relatos de abandono (família, amigos e até dos maridos);
- ☞ Há relatos de mães que abandonaram seus filhos;
- ☞ Estigma e discriminação;
- ☞ Faltam centros de atendimento fora da capital e os serviços não são descentralizados. Elas enfrentam uma longa jornada para cuidar dos filhos;
- ☞ As mães não se sentem seguras para cuidar dos filhos em casa, mesmo com orientações dos profissionais nos centros de atendimento;
- ☞ Falta conhecimento sobre o que é a doença e há muitas informações imprecisas;
- ☞ Algumas famílias não atendem os critérios do BPC, pois ultrapassam o corte de renda;
- ☞ Problemas com o transporte para levar as crianças para os exames e tratamentos;
- ☞ Comprometimento do orçamento familiar (medicamentos, órteses, leite e muitos deslocamentos)

As questões apresentadas, tem a intenção de colocar para a gestão e a equipe do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, a necessidade de manterem-se atentas à situação das pessoas com maiores limitações, pois, comumente, recaem sobre elas as maiores dificuldades de acesso a serviços públicos e ao enfrentamento de barreiras físico-geográficas, sociais, econômicas, legais e atitudinais no ambiente familiar ou territorial. Serve também para reiterar a

19 Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21852-qualis-as-causas-da-microcefalia>. Acesso em: 28/09/2016.

abordagem inclusiva e afirmativa de direito proposta pelo Serviço, ou seja, o Serviço busca oferecer as pessoas com deficiência a oportunidade de acesso e usufruto de direitos em condições de igualdade com as demais.

2.4. Vulnerabilidades – situações que fragilizam a pessoa com deficiência e a pessoa idosa

Ao recorrer ao Dicionário Aurélio (2004), verifica-se que vulnerável é algo ou alguém suscetível a ser ferido ou ofendido. Diz respeito ao lado mais fraco de uma questão ou situação social ou mesmo o ponto por onde um indivíduo ou um grupo social pode ser ferido ou atacado moral ou fisicamente.

À luz da legislação brasileira, vulnerável pode se referir às pessoas que têm maior fragilidade perante outros grupos da sociedade. Tais fragilidades podem relacionar-se ao ciclo de vida, a exemplo de crianças, adolescentes e pessoas idosas; a deficiências; a condições sociais, culturais, econômicas, educacionais e de saúde diferentes de outras pessoas, que podem resultar em uma situação desigual ou gerar uma relação de sujeição. Dessa forma, vulnerabilidade está ligada a situações e contextos de desproteção jurídico-social, o que implica em risco e fragilidade.

Ao longo do século XX, o termo vulnerabilidade foi amplamente usado em resoluções, leis e tratativas para designar grupos ou indivíduos, jurídica ou politicamente fragilizados, que necessitavam ter seus direitos preservados e respeitados a integridade moral, a autonomia e a dignidade humana (MAIA, 2011, apud Silva H. e Silva T., 2012, p. 2).

Para Rinco, Lopes e Domingues (2012, apud MAIA, 2011), a vulnerabilidade adquire diferentes formas e dimensões interrelacionadas, sendo elas: vulnerabilidade biológica, ou seja, vinculada a elementos biologicamente desestruturantes, necessitando de auto-organização; vulnerabilidade psicológica, relacionada à construção da psique e as experiências afetivas; vulnerabilidade espiritual, diz respeito ao uso de recursos simbólicos para auxiliar o enfrentamento e transcender aos desafios e limites que a realidade impõe; e a vulnerabilidade cultural, social e ambiental, produzidas pelo contexto e entorno sociocultural e ambiental.

Em relação à vulnerabilidade social, segundo a PNAS/2004, este conceito tem enfoque multifatorial, incluindo pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso a serviços públicos) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras.

Os eventos que vulnerabilizam as pessoas e as famílias, por vezes, conjugam fatores de natureza econômica, socioambiental ou originadas de discriminações diversas ou, ainda, pela forma com que as pessoas lidam com os conflitos, separações, perdas, doenças, morte das pessoas próximas, entre outros eventos.

De qualquer modo, a compreensão do enfoque de vulnerabilidade social demanda a combinação e agenciamento entre várias áreas do conhecimento: ciências políticas e sociais, passando pela área de saúde, urbanismo, entre outros. Apesar de existir um relativo consenso genérico de que a vulnerabilidade social é resultado da confluência da exposição a riscos, da incapacidade de resposta e da inabilidade de adaptação, não há um sentido único à vulnerabilidade social. Em síntese, a vulnerabilidade social pode ser definida como a exposição a contingências e tensões e as dificuldades em lidar com elas (MDS, 2013), ou seja, reúne um conjunto de situações multisetoriais que tornam as pessoas mais frágeis.

Nessa linha, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os grupos de idosos particularmente mais vulnerabilizados são aqueles que possuem as seguintes características:

Têm idade superior a 80 anos, moram sozinhos, são mulheres, especialmente, as solteiras e viúvas, moram em instituições, estão isolados socialmente, não têm filhos, têm limitações severas ou incapacidades, são casais em que um dos cônjuges é incapacitado ou está doente e/ou têm recursos escassos (MPS, 2008, p. 15).

No Brasil, em dezembro 2015, cerca de um milhão e novecentas pessoas idosas recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é acessado por quem tem renda per capita de até $\frac{1}{4}$ do valor do salário mínimo. Desse quantitativo de pessoas idosas, aproximadamente 371 mil tinham 80 anos ou mais. Nesse período, também recebiam o BPC dois milhões e trezentas pessoas com deficiência, sendo, aproximadamente, 11 mil com 80 anos ou mais e 97,1 mil na faixa etária de 0 a 6 anos. Nesse aspecto, o BPC constitui-se, por excelência, em uma estratégia de enfrentamento às vulnerabilidades de rendimento vinculadas à pobreza desses segmentos e particularmente nos ciclos de vida: infância e velhice.

[A vivência de situação de extrema pobreza constitui agravo importante das vulnerabilidades sociais, em particular quando relacionadas ao ciclo de vida: infância e velhice e à deficiência, devido às dificuldades de as famílias e indivíduos reunirem condições para enfrentá-las.](#)

A situação de dependência dos cuidados de terceiros é uma vulnerabilidade com impacto muito importante na vida das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, por isso deve ser considerada no seu conjunto de variáveis multidimensionais, em especial quando associada à pobreza ou à extrema pobreza. Essa associação pode resultar em restrição do acesso a direitos, na precarização dos cuidados familiares e/ou em restrições à participação social.

Nesse contexto, situação de dependência associada à deficiência pode ser compreendida como:

uma das resultantes da integração das pessoas com deficiência, ao meio onde vive e as barreiras existentes (barreiras naturais ou impostas pelo homem, arquitetônicas, atitudinais, de comunicação, transporte dentre outras). A situação de dependência é, portanto, um conceito relacional e considerado um fenômeno multidimensional que varia de acordo com a deficiência (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla); a associação destas a outros quadros, como síndromes, lesões ou doenças; a idade e sexo; as condições sociais e o entorno onde vive a pessoa, dentre outros fatores (MDS, 2013, p. 14).

Em relação à pessoa idosa, verifica-se que o Conselho da Europa²⁰ considera pessoa em situação de dependência:

aquela que, por razões associadas à redução ou mesmo a falta das capacidades física, psíquica e/ou intelectuais, tem necessidades de serem assistidas e/ou ajudadas para a realização das atividades diárias, implicando a presença de pelo menos outra pessoa que pode ser um profissional pago ou, informalmente, alguém da família ou voluntário e que realize atividades de apoio (MPS, 2008 p. 15).

Ana Amélia Camarano (2016), na palestra “Mudanças Demográficas e Políticas Públicas”, proferida no dia 29 de junho de 2016, na Câmara dos Deputados, afirmou que, em 2020, haverá quatro milhões de pessoas idosas com necessidades de cuidados de terceiros. Essa realidade demandará políticas públicas de proteção e cuidado que incorporem a valorização e o reconhecimento do cuidado familiar e o apoio a quem cuida, inclusive com atividades de apoio ao cuidador, a fim de assegurar seu descanso, autocuidado e prevenir situações de estresse ou agravo.

Informações do Cadastro Único dos Programas Sociais – CadÚnico, de agosto de 2016, apontam que, entre as famílias cadastradas, existem dois milhões de pessoas com deficiência. Destas, cerca de um milhão declarou necessitar de cuidados de terceiros para as atividades da vida diária.

O II Plano Decenal de Assistência Social, para o período de 2016 a 2026, ao propor, entre suas metas, a instituição de uma Política Nacional de Atenção às Pessoas em Situação de Dependência, destaca, entre suas preocupações, os grupos de idosos “mais idosos” e de idosos que moram sozinhos, formados, em grande parte, por mulheres. Também chama a atenção para a identificação das famílias monoparentais²¹, com membro em situação de dependência, pessoa com deficiência e idosa, situação familiar que pode se traduzir em maior vulnerabilidade social e necessidade de apoio no cuidado por parte do Estado.

Com essa meta, o Plano reconhece que as pessoas dependentes de cuidados de terceiros são particularmente mais vulneráveis à exposição a riscos, a exemplo do isolamento social, em suas expressões de fragilização do cuidado, rupturas de vínculos, apartação, exclusão, abandono e agravos à sobrevivência, principalmente, nos momentos de maior fragilidade social relacionados ao ciclo de vida - a infância, a adolescência, a velhice - e também nas situações de redução da mobilidade física ou de deficiência. A necessidade de cuidados e a não satisfação dessa necessidade é uma violação dos direitos das pessoas nessa condição.

Pesquisa realizada pelo MDS em 2011, com beneficiários do BPC na faixa etária de zero a 18 anos, para identificar as barreiras de acesso e permanência na escola dessas crianças e adolescentes, revelou que o cuidado é uma variável primordial para o acesso e a permanência na escola, pois 73,6% dos

20 O Conselho da Europa é uma organização internacional ligada à matéria de cooperação jurídica, com papel importante na modernização e harmonização de legislações que dizem respeito à democracia e aos direitos do homem.

21 Famílias monoparentais são aquelas formadas por um dos pais e seus descendentes.

beneficiários que frequentam a escola precisam de um acompanhante, ou seja, uma pessoa para cuidar nessa atividade, quer seja para levá-los à escola, quer pra permanecer na escola. Assim, contar com o cuidado de alguém é uma variável tão central para as crianças e adolescentes beneficiárias do BPC, que sua ausência é uma vulnerabilidade determinante do seu não acesso à escola.

Dados do MDS de 2016 também demonstram que grande parte das crianças com deficiência beneficiárias do BPC ainda não acessaram creches e pré-escolas, sendo de 0 a 3 anos, 88, 83% e, de 4 a 6 anos, 58,15%. Esses dados revelam, a princípio, que crianças com deficiência são particularmente mais vulneráveis a situações de desproteção ou mesmo de superproteção, merecendo um olhar mais específico em relação a ofertas socioassistenciais no ambiente do domicílio.

Ao olhar para os contextos apresentados cabe afirmar que deficiência e situação de dependência de cuidados não caracterizam doença, embora pessoas com deficiência e idosas com necessidades de cuidados possam ter questões de saúde importantes associadas (transtorno/doença mental, sofrimento psíquico, depressão, demência ou outras), contudo, a atenção em saúde deve ser cuidada em espaços próprios desta área, cabendo ao Serviço, ao CRAS de Referência e ou ao Órgão Gestor da Assistência Social local desenvolver articulações com a área da saúde que favoreçam o acesso dos usuários aos serviços dos quais necessitam”.

2.5. **Cuidado familiar de pessoas com deficiência e pessoas idosas – proteção, tensões e a transversalidade das questões de gênero.**

Que prazer mais egoísta
 O de cuidar de um outro ser
 Mesmo se dando mais do que se tem pra receber
 E é por isso que eu te chamo
 Minha flor, meu bebê
 (Cazuza)

Inicialmente, cabe pressupor que o convívio implica em uma relação de cuidado com o outro, que passa, necessariamente, pelas dimensões da afetividade, da amorosidade e dialogicidade, pois não é possível cuidar sem vivenciar o afeto, a gentileza, a cordialidade, a cooperação e sem escutar e respeitar genuinamente o ponto de vista do outro e considerar com humildade, as sutilezas das interações humanas. O cuidado pressupõe ainda, a forma de comunicar e de se relacionar com o outro a partir de valores e princípios éticos que orientam o modo de agir em relação ao outro, em especial, nas situações

de maior fragilidade humana. O ato de cuidar pode revelar a riqueza dos momentos de convívio na construção ou no fortalecimento dos vínculos protetivos. Assim, o cuidado aqui é visto como parte constituinte do aprendizado no campo familiar e social e como um direito social vinculado à existência humana e essencial às relações familiares e sociais.

Recorrendo à obra *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela Terra*, de Leonardo Boff (apud VALENTE, 2013, p. 237), o autor afirma que o cuidado é parte integrante e constitutiva do ser humano e tem, portanto, uma dimensão ontológica: todos os seres humanos têm a capacidade de cuidar e a necessidade de serem cuidados, e não podem deixar de vivenciar isso. O ser humano é, portanto, um ser de cuidado.

Ainda Boff (apud VALENTE, 2013), recorrendo à obra *Ser e tempo*, de Martin Heidegger, afirma que:

o cuidado entra na definição central do ser humano. Constitui a base para qualquer interpretação que se queira fazer dele. O cuidado está sempre aí presente e subjacente como a constituição do ser humano. Falar de ser humano sem falar do cuidado não é falar do ser humano (VALENTE, 2013, p. 237).

Nesse sentido, pode-se compreender que no campo da proteção social²², a proteção é indissociável do cuidado. A proteção pode abranger medidas e iniciativas destinadas a apoiar e a socorrer uma pessoa, a impedir que algo ocorra, a prover auxílio, acolhida, abrigo, recursos e providências em situações de fragilidades, vicissitudes, adversidades, desastres, contratempo, negação de direitos, entre outras. O cuidado pode tornar os contatos e as interações em oportunidades de construção de vínculos e estímulos as potencialidades humanas (subsistência, autonomia, identidade, participação, criatividade, liberdade, afetividade, entre outras) e exercíciode valores fundamentais ao convívio (escuta, cooperação, respeito, reconhecimento de limites e possibilidades, solidariedade, carinho, gentileza, entre outros).

Ao pensar o cuidado no contexto familiar cabe pressupor que na família podem encontrar-se potencialidades de provisão aos seus membros que somente a família pode proporcionar, em função da natureza dos vínculos, a exemplo de bens relacionais, tais como a reciprocidade e a gratuidade, a acolhida incondicional e a totalidade da atenção. Todavia, pressupõe-se também que: o cuidar do outro, o cuidar de si próprio (preocupar-se, tomar conta de si), o autocuidado e o cuidado com o outro, são práticas implicadas entre si e, em alguma medida, dependentes de requisitos no campo das condições sociais, ambientais e de saúde das famílias e de seus membros.

Também, cabe considerar que as famílias são diversas e esta diversidade inclui formas de organização e vínculos que estão permeadas por aspectos culturais e implicados nos modos diversos de proteção e cuidado entre os membros. As famílias em situação de vulnerabilidades, por exemplo, desenvolvem no cotidiano várias estratégias de sobrevivência, especialmente na busca pela conciliação da vida doméstica,

22 A proteção social supõe, antes de tudo, tomar a defesa e impedir a destruição de algo.

com as atividades laborais e os cuidados familiares, muitas vezes redundando em tripla jornada diária e pouco tempo para o convívio, para o diálogo e para o lazer.

Da mesma forma, há que se considerar que no âmbito familiar, a atividade de cuidar do outro, especialmente das pessoas em situação de fragilidade, seja em função do ciclo de vida, infância velhice ou deficiência, ou seja, dar suporte cotidiano às atividades, atitudes e comportamentos para o autocuidado e para “o cuidar de si” visando preservar, assegurar e manter a vida com autonomia, participação e dignidade, tem sido preponderantemente e, recorrentemente atribuída à mulher, resultando em sobrecarga para esta, haja vista a dificuldade de conciliar cuidados à família com a inclusão no mercado de trabalho.

A partir dessas reflexões e conceitos pode-se presumir que, o cuidado familiar deve ser compreendido pelo Serviço no contexto da diversidade das famílias, a saber: ciclo de vida dos seus membros, condições objetivas de vida e dinâmica dos territórios onde vivem. Esta diversidade abrange a família natural, compreendida como a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes e a família extensa/ampliada - aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a pessoa convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.

Assim, independentemente dos formatos ou modelos que assume a família, incluindo as uniões homoafetivas²³, entre outras, o cuidado familiar pode vincular-se a uma ou mais pessoas que se encontram unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade, em acordo com a concepção de família definido pela Política de Assistência Social – “família é um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, em que os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações intergeracionais e de gênero (NOB/SUAS, 2012)”.

No contexto do Serviço, têm-se as seguintes definições orientadoras:

- ☞ **Cuidador(a) familiar de pessoa idosa e pessoa com deficiência** - refere-se à pessoa adulta, maior de 18 anos, que acolhe, orienta e dá suporte à realização das atividades de convívio e autocuidado, procurando minorar ou mesmo suprir algum deficit de autonomia, a depender das singularidades e fragilidades da pessoa cuidada, auxiliando no acesso e usufruto de seus direitos.
- ☞ **Cuidador (a) informal** - refere-se à pessoa com laços consanguíneos, de aliança, solidariedade ou afinidade que exerce o cuidado familiar sem contraprestação financeira. É importante considerar que esta pessoa pode ou não estar preparado para exercer o cuidado nas suas diversas dimensões e singularidades. Isso porque, muitas vezes, é levado (a) pela emoção, pela intuição, por sentimentos de amor, por dever ou por ter uma história comum com a pessoa cuidada.
- ☞ **Cuidador (a) formal** – diz respeito à pessoa que é contratada para prestar cuidados no ambiente domiciliar da pessoa com deficiência ou da pessoa idosa, mediante uma remuneração. É um profissional que, a princípio, tem habilidades e formação especial para exercer essa função no

23 Famílias homoafetivas referem-se a casais formados por pessoas do mesmo sexo.

domicílio da pessoa cuidada. Essa é uma atividade reconhecida como ocupação pelo Ministério do Trabalho.

Ainda, com relação à importância dos cuidados de terceiros para a autonomia e independência das pessoas em situação de dependência, a Lei Brasileira de Inclusão - Lei nº 13.146/2015 - elenca:

- ☞ **Atendente pessoal:** pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;
- ☞ **Acompanhante:** aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal.

Diante da colocação da família como elemento chave na configuração do sistema de proteção social aos seus membros e sobre a disponibilidade de as pessoas na família se dedicarem a proteção e o cuidado de algum familiar, em especial, para aqueles que demandam apoios singulares e constantes de terceiros, há que se considerar:

- ☞ a incorporação da mulher no mercado de trabalho e a sua inserção escolar;
- ☞ o aumento da taxa de divórcios e de recasamentos;
- ☞ a diminuição das taxas de fecundidade, que alteram o modelo de família numerosa por famílias pequenas;
- ☞ a migração rural-urbana e entre cidades, em especial, dos jovens;
- ☞ a busca de estudo e trabalho fora do lugar de origem;
- ☞ a forte cultura do individualismo, entre outras situações;
- ☞ a falta de vínculos afetivos e também a falta de habilidades para determinados cuidados;
- ☞ o empobrecimento das famílias com membros em situação de dependência devido aos altos custos que essa situação, associada ao crescente aumento da demanda por cuidados, gera à família.

Entre outras questões, essas estão a exigir do Estado novas ofertas de serviços voltados ao apoio aos esforços das famílias no exercício do cuidado e proteção aos seus membros, em particular aqueles com vulnerabilidades associadas à deficiência ou ao envelhecimento.

É neste contexto que o SUAS prevê a oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, pois a oferta de cuidados é um produto constituído de várias ações, atividades, saberes, que exigem condições de oferta. Muitos cuidadores familiares não tem essa condição de ofertar cuidados devido a idade, às condições de saúde, a falta de conhecimento, a convivência com a pobreza ou pela ausência dos cuidadores familiares. Exigir que cuidadores familiares sem condições, ofertem cuidados, é violação de direitos dos cuidadores familiares.

Assim, proteger Cuidados e Cuidadores impõe ao Estado a oferta de cuidados por meio de serviços e benefícios, complementares aos ofertados pela família, para ampliar a rede de cuidados e evitar violação de direitos de Cuidados e Cuidadores.

2.5.1. Possíveis tensões e riscos vinculados ao cuidado familiar de pessoas com deficiência e de pessoas idosas

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

É comum a tarefa de cuidar de alguém somar-se a outras atividades cotidianas, em especial, para as famílias mais pobres. Importante pensar que tanto quem cuida quanto quem é cuidado tem sua história de vida, seus hábitos, singularidades e direitos. Se os laços afetivos não são suficientemente fortes, o cuidar da pessoa idosa passa a ser, para a família, uma obrigação imposta pelas circunstâncias, não uma escolha. Isso depende das relações familiares existentes anteriormente, como o distanciamento, por diversos motivos, entre a pessoa idosa e a família, que pode considerá-la uma desconhecida, que não pertence mais ao grupo (SDH/PR, 2008, p. 72).

É necessário observar que essa relação de cuidado voltado às atividades da vida diária pode ser permeada por cansaço ou esgotamento físico, inseguranças e desconfortos, raiva, impotência, estresse, sofrimento, peso e descontrole emocional, em função da relação de afeto mantida ou mesmo pela rotina e dedicação permanentes. O estresse e a sobrecarga advindos do cuidado à pessoa com algum grau de dependência é muito grande. É importante que serviços de apoio às famílias, em alguns momentos, possam oferecer suporte aos cuidados à pessoa com deficiência ou idosa, o que contribuirá de forma positiva para as relações familiares, minimizando os riscos de ocorrência de violação de direitos. Isto não implicará em substituir a família, mas contribuirá para a melhoria da sua qualidade de vida e para que o familiar possa cuidar de si.

A trajetória, a responsabilidade e a sobrecarga de quem cuida são elementos a serem considerados no contexto das políticas públicas de cuidado, ao mesmo tempo em que a alegria, a amorosidade, a paciência, a dedicação, a fé, o carinho, a força de vontade, o contentamento e a motivação de solidarizar-se e cuidar do outro.

Há algumas possíveis situações que podem revelar mudanças na demanda do cuidado e nos papéis familiares e que podem gerar tensões, a exemplo de:

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

Ainda em relação aos riscos sociais implicados no cuidado familiar, pode-se considerar que a família não é um bloco monolítico e também apresenta fragilidades por não estar livre de despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas que podem gerar inseguranças e violações de direito entre seus membros (MDS, 2012, p. 15).

Para subsidiar as reflexões nessa linha, cabe mencionar que dados do Registro Mensal de Atendimento do SUAS, de 2014, apontaram o ingresso, para acompanhamento no PAEFI/CREAS de usuários nas seguintes situações:

- ☞ 27.322 (vinte e sete mil, trezentos e vinte e duas) pessoas idosas em situação de violência intrafamiliar (física, psicológica ou sexual), sendo 16.896 (dezesesseis mil, oitocentas e noventa e seis) mulheres;
- ☞ 44.146 (quarenta e quatro mil, cento e quarenta e seis) pessoas idosas em situação de negligência ou abandono, na maioria, mulheres, correspondendo a 24.952 (vinte e quatro mil, novecentos e cinquenta e dois) dos casos;
- ☞ 10.262 (dez mil, duzentas e sessenta e duas) pessoas com deficiência, em situação de violência intrafamiliar (física, psicológica ou sexual), sendo 5.448 (cinco mil, quatrocentas e quarenta e oito) mulheres;
- ☞ 14.401 (catorze mil, quatrocentas e uma) pessoas com deficiência em situação de negligência ou abandono, sendo 7.013 (sete mil e treze) mulheres.

A atenção da família, no domicílio, é considerada a estratégia de cuidados mais importante para as pessoas idosas e para as pessoas com deficiência, motivo pelo qual ofertar um conjunto de ações públicas (programas, serviços e benefícios) que qualifiquem e fortaleçam a função protetiva da família é muito importante, sendo uma função da política pública de assistência social. O apoio aos cuidadores familiares deve objetivar a escolha de práticas cotidianas que privilegiem o respeito à autonomia das pessoas cuidadas, o compartilhamento da tomada de decisões, a diminuição dos conflitos intergeracionais, a eliminação do isolamento social da pessoa cuidada e de seus cuidadores, bem como do estresse decorrente dos cuidados prolongados, das atitudes de superproteção, da negligência, dos maus-tratos, da violência física e psicológica, da exploração sexual e patrimonial, dentre outras violações de direito.

Dessa forma, aqueles que cuidam não podem ser vistos com o olhar da responsabilização única, da culpabilização pela insuficiência do cuidado ou mesmo de pena, e inspirar atitudes assistencialistas e de desvalorização do cuidado informal, nem como alguém cuja força e a coragem seriam suficientes para superar ou remover quaisquer obstáculos advindos da relação de cuidado ou mesmo sobrepor-se à sobrecarga e às dificuldades que recaem sobre si, razão pela qual o serviço deve incentivar o autocuidado do cuidador familiar, a conciliação entre os cuidados familiares e os projetos pessoais, entre outras medidas de convivência colaborativa e positiva.

2.5.2. Transversalidade da questão de gênero no tocante ao cuidado familiar de pessoas com deficiência e pessoas idosas

Ao lançar o olhar sobre os contextos familiares, é importante considerar a transversalidade da questão de gênero. É notório que, nos processos de socialização, historicamente, aprende-se a caracterizar o que é ser homem ou mulher, definindo atributos e papéis relacionados a esses sujeitos como se houvesse um modelo “normal” ou “verdadeiro” de ser homem e de ser mulher (ABTH, 2014). Esses modelos preestabelecidos têm rebatimento nas interações familiares e na organização do cuidado familiar voltado à pessoa com deficiência e à pessoa idosa.

Atentar-se para as questões de gênero, enquanto possibilidade de se analisar os lugares e as práticas de mulheres e homens na sociedade, é fundamental, assim como, compreender as representações femininas e masculinas na dinâmica das famílias e no cuidado familiar de pessoas com deficiência e de pessoas idosas. Nessa direção, a leitura das questões de gênero pode ajudar a identificar e a compreender a ocorrência de possíveis relações desprotetivas e conflitivas no contexto familiar, que advêm de hierarquia e de papéis atribuídos aos seus membros, em razão de gênero.

A questão de gênero não diz respeito apenas à discussão dos papéis exercidos pelas mulheres na sociedade e no cuidado familiar. Traduz, sim, a necessidade de reconhecer as implicações históricas do exercício do cuidado familiar pelas mulheres e também, lança o olhar, sem preconceito, sobre o cuidado familiar exercido pelos homens, nos diferentes contextos de convívio com as pessoas com deficiência e com as pessoas idosas.

O Censo (IBGE, 2010) revelou que quanto mais a população envelhece, mais feminina se torna, pois as mulheres representam 55,5% da população idosa e 61% do contingente acima de 80 anos. Para o segmento das pessoas com deficiência, o mesmo Censo (2010) apontou que, para cada 100 mulheres, existiam 76,7 homens. Esses dados podem refletir o conhecido fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre com frequência muito mais alta no segmento das pessoas com deficiência (SDH-PR/SNPD, 2012). Isso faz crer que as mulheres - em particular, o grupo com idade acima de 80 anos e aquelas com deficiência - serão mais dependentes de proteção e cuidados. Enxergá-las, considerando suas trajetórias, inclusive do lugar social de mulher, pode contribuir para prevenir violências associadas a questões de gênero.

Outro dado a reconhecer é que, durante anos, o campo do cuidado familiar foi preponderantemente exercido pelas mulheres (mães, companheiras, filhas, noras, vizinhas, empregadas domésticas), fenômeno que pode ser explicado pelos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, ao longo da história. Em 2013, havia aproximadamente 1,4 milhão de mulheres cuidadoras, não coberta pela seguridade social (Camarano, 2016)²⁴. Mendes e Santos (2014), ao publicar uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), no município de Belém (PA), tendo como público familiares cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer (DA), reforçam a afirmação da literatura de que a mulher é quem mais desempenha o papel de cuidadora. Porém, revela que 60% dos homens entrevistados na pesquisa cuidavam de seus parentes com DA sem apoio de outros familiares²⁵. Isso pode demonstrar que o homem não se isenta totalmente dessa atividade.

O predomínio feminino nas atividades de cuidado não pode ensejar, por parte das políticas públicas, em particular da Assistência Social, a subestimação ou mesmo a exclusão da participação e da igualdade de responsabilidade dos homens no exercício desse papel. É importante ter em vista as mudanças relacionadas às questões de gênero que se processam ao longo dos tempos.

Segundo Küchemann (2012)²⁶, estudos feitos na área da saúde, no município de São Paulo (KARSCH, 1998), com 102 pessoas acima de 50 anos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral (AVC), revelaram que, em 98% dos casos pesquisados, o(a) cuidador(a) era alguém da família. Dentre esses familiares, 92,9% eram mulheres: 44,1% eram esposas, 31,3% eram filhas e, em menor proporção, noras ou irmãs. Além do mais, 59% dessas cuidadoras tinham acima de 50 anos e 41% tinham entre 60 e 80 anos, o que indica que pessoas idosas estão cuidando de outras pessoas idosas.

O olhar mais atento para as questões de gênero pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas pode contribuir na compreensão da predominância feminina no cuidado familiar, mas também estimular a adoção de estratégias em que a mulher e o homem possam assumir, igualmente essa responsabilidade.

Cabe lembrar que a oferta de cuidados pelas famílias, nas situações de dependência e predominantemente, pelas mulheres, é fato histórico de modelo de sociedade patriarcal, onde o chefe da família era o homem, provedor e a cuidadora era a mulher. Com a entrada da mulher no mundo do trabalho, redução do número de filhos, outros arranjos e dinâmicas familiares da contemporaneidade, essa divisão de cuidados familiares não mais se justifica. Políticas de valorização dos direitos das mulheres estão desenhadas de maneira tal que favoreça a elas condições de conciliar trabalho, estudos, projetos pessoais com as atividades de cuidar na família, nesse sentido o incentivo

24 Dra. Ana Amélia Camarano, professora que proferiu a palestra Mudanças Demográficas e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, em 29 de junho de 2016.

25 O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100121&lang=pt>. Acesso em: abril, 2016.

26 KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Brasília: UnB, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>>. Acesso em: abril, 2016.

à divisão sexual do trabalho doméstico entre homens e mulheres, como a ampliação da licença paternidade, deve ser incentivada.

2.6 Ofertas de assistência no ambiente do domicílio: perspectiva da Saúde e da Assistência Social

Em alguns países da União Europeia, os Serviços de Assistência Domiciliar estão localizados na intercessão entre os sistemas de saúde e os sistemas sociais, sendo esses últimos, usualmente, nominados de “Serviço Social”. Países como a Bélgica, França, Itália, Portugal e o Reino Unido têm um modelo em que o componente “saúde” da assistência domiciliar é parte do sistema de saúde e o componente social, parte do sistema social.

O sistema de saúde, comumente, inclui:

- ☛ assistência de reabilitação, de promoção da saúde ou prevenção de doenças, atendimento de enfermagem técnica, tanto para situações crônicas como para agudas, terapia ocupacional e fisioterapia. Nas situações agudas, a assistência domiciliar é concebida como cuidados hospitalares em casa. Os usuários são, prioritariamente, pessoas idosas, pessoas com doenças complexas e pacientes terminais.

A assistência domiciliar prestada pelo sistema “social”, usualmente, inclui:

- ☛ suporte nos afazeres domésticos, como fazer compras, cozinhar, pagar contas, realizar atividades de socialização, fazer caminhadas e prestar cuidado de suporte pessoal, como auxiliar no banho e no vestir, estimular a colaboração dos membros da família, vizinhos e amigos e fornecer apoio emocional e psicológico. Os usuários são, na maioria, pessoas idosas vivendo sozinhas.

Na Espanha, o serviço no domicílio tem o objetivo de prevenir ou minimizar situações de sobrecarga de cuidadores, problemas relacionais, conflito de cônjuges ou de família. As demandas pelo serviço estão vinculadas à idade e à situação de dependência, em geral, por falta de autonomia e independência para realizar as atividades da vida diária. Compõem as ofertas do serviço: ações de vigilância e acompanhamento, transporte, ajudas técnicas, como telealarme, programas de “respiro familiar”, programas com o viés de “cuidar-se para cuidar”, atenção diurna para fins de semana, entre outros. O serviço no domicílio não substitui o cuidador familiar. É um serviço complementar. O sistema social não realiza atividades da área de saúde, a exemplo de aplicar injeções, colocar ou retirar sondas, realizar tratamento de escaras, fazer exercícios específicos de reabilitação, entre outros eventos.

Brasil: atenção prestada no âmbito da Saúde

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, estabeleceu a concepção, os conceitos, a definição e o desenho das equipes e da gestão da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Com base nesta Portaria, cabe ressaltar algumas definições:

- ☛ **Atenção Domiciliar:** “modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode ser realizada por diversos serviços, especialmente Equipes de Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Serviços de Atenção Domiciliar.
- ☛ **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** “serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)”.
- ☛ **Indicação da Atenção domiciliar:** “A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador”.

Conforme dispõe a referida Portaria, a Atenção Domiciliar, por meio do SUS, é organizada em três modalidades, considerando a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário no domicílio, a saber:

- ☛ **Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1):** destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de cuidado de menor complexidade. Essa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio.
- ☛ **Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2):** destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento multiprofissional mais intensivo, incluindo a demanda por procedimentos mais complexos.
- ☛ **Atenção domiciliar (AD3):** destina-se aos usuários que possuam indicação para a AD, necessitando de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Convém destacar que a Atenção Domiciliar prevista na área da saúde não é política voltada exclusivamente à pessoa com deficiência e à pessoa idosa. É uma política abrangente, mas que beneficia em grande medida esses segmentos quando apresentam doenças ou agravos que limitam o acesso e que necessitam de cuidados intensivos em saúde.

Nessa linha, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê, entre suas diretrizes, a implantação de serviços de atenção domiciliar e a edição e distribuição de guia de orientação a cuidadores informais e formais (MS, 2006, p. 3). Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, o cuidador tem a seguinte definição:

Pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem, entre suas diretrizes, a atenção integral à saúde, sob a responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades. Nessa diretriz, destacam-se os cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, como: o acesso às ações básicas e de maior complexidade; a reabilitação e os demais procedimentos que se fizerem necessários; e o recebimento de tecnologias assistivas, como: ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitam, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias.

A inclusão da assistência aos familiares é apontada como essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento - hospitalar/domiciliar (Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, 2010).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - **Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015)** estabelece que as ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar, entre outros, diagnóstico, intervenção precoce, atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação, assim como atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais²⁷.

A 2ª edição do Guia Prático do Cuidador, publicado em 2009, pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), apresenta várias orientações em relação a cuidados no domicílio de pessoas de qualquer idade, em especial acamadas ou com limitações físicas que demandam cuidados especiais. Entre outros cuidados, orienta sobre como cuidar da higiene e de assaduras; dos cuidados com a boca; da alimentação saudável e alimentação para aliviar sintomas de náuseas e vômitos; da alimentação por sonda; da acomodação da pessoa na cama e da mudança de posição do corpo; como cuidar no caso de úlceras, escaras, feridas, cuidados com a medicação; emergência no domicílio; maus-tratos; exercícios respiratórios; adaptações ambientais, entre outros.

27 Atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas (Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015).

No mesmo texto, chama atenção para o fato de que o ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto, o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais da saúde, tais como: aplicações de injeções, curativos complexos, instalação de soro, colocação de sonda, etc. (SAS/MS, 2009, p. 10).

Brasil: atenção no âmbito da Assistência Social

Em relação à oferta no domicílio pela Assistência Social, a Portaria nº 2.854/2000, ao instituir novas modalidades de atendimento à pessoa com deficiência e à pessoa idosa, previa, entre outras modalidades, o Atendimento Domiciliar, cujo objetivo era ampliar as atenções destinadas a esses segmentos, privilegiando a família como referência de atenção e incentivando ações que favorecessem a autonomia e a independência das pessoas.

A partir de 2005, com a implementação do SUAS e a aprovação da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), a oferta de proteção social no ambiente do domicílio foi incluída no Escopo dos Serviços Tipificados, para pessoas com deficiência e para pessoas idosas, no âmbito da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial.

A oferta no domicílio pela PSB tem como referência de acesso o CRAS, e direciona-se à prevenção de agravos de vulnerabilidades sociais associadas ao fenômeno da deficiência e do envelhecimento. Destina-se a usuários que, temporariamente ou por longo tempo, apresentem limitações, restrições ou impedimento de acesso à rede socioassistencial no território e/ou que, o suporte às dinâmicas familiares no ambiente do domicílio possam fortalecer os vínculos sociais, melhorar a qualidade do cuidado familiar, ampliar o acesso a direitos e estimular a autonomia e a participação social dos usuários e de seus cuidadores. As limitações de acesso podem estar relacionadas à situação de dependência de cuidados de terceiros, a mobilidade reduzida ao ambiente domiciliar, a fragilização dos vínculos protetivos e de cuidado no ambiente domiciliar e/ou a barreiras atitudinais e sociogeográficas do território de moradia, entre outras.

As ofertas no domicílio pela Proteção Social Especial de Média Complexidade têm como referência de acesso o CREAS ou o órgão gestor da assistência social, e direciona-se à promoção da autonomia, à inclusão social e à melhoria da qualidade de vida dos usuários pessoa com deficiência e pessoa idosa com algum grau de dependência e suas famílias, com histórico de vivências de situação de risco, violência e violação de direitos. Destina-se a usuários com limitação, restrição ou impedimento de acesso à rede socioassistencial do SUAS e a serviços essenciais no território, precarização dos vínculos protetivos e/ou que o suporte especializado e regular no ambiente do domicílio às dinâmicas familiares possam ampliar e qualificar a rede de proteção e cuidados, fortalecer a capacidade protetiva das famílias, favorecer a superação das situações de risco e violações de direitos e prevenir a institucionalização desnecessária e inadequada.

Com a Resolução do CNAS nº 9, de 15 de abril de 2014, que dispõe sobre as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de nível médio e fundamental de escolaridade no SUAS, as ofertas de proteção e cuidado no domicílio agregaram a possibilidade de incorporar profissionais de nível médio, a exemplo de cuidadores e orientadores sociais para compor as equipes de referência, juntamente com profissionais

de nível superior, reconhecidos como profissionais do SUAS, a exemplo de assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Em relação ao profissional de nível médio denominado cuidador social, sua atuação junto a pessoas com deficiência tem respaldo na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Esta, no art. 39, § 2º, estabelece que os serviços socioassistenciais destinados à pessoa com deficiência em situação de dependência deverão contar com cuidadores sociais para prestar os cuidados básicos e instrumentais.

Cabe ressaltar para o fato de que o ato de cuidar não caracteriza o cuidador de pessoas idosas ou de pessoas com deficiência como um profissional de saúde, por isso não cabe a este executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais da saúde, tais como: aplicações de injeções, curativos complexos, instalação de soro, colocação de sonda, etc. (SAS/MS, 2009, p. 10).” Também ao cuidador social previsto no SUAS não cabe executar procedimentos de competência dos profissionais da saúde, para isso, é importante observar as atribuições contidas na Resolução do CNAS mencionada acima.

Nesse sentido, a presença de cuidadores sociais nas ofertas no ambiente do domicílio, em acordo com o perfil dos usuários, sob a orientação de profissionais de nível superior, deve favorecer a promoção de atividades de suporte ao cuidador (a) familiar nas atividades de cuidados básicos, essenciais para a vida diária, e instrumentais, de autonomia e participação social dos usuários, a partir de diferentes formas e metodologias, assim como o acesso à informação e a serviços no território, contribuindo para o usufruto de direitos sociais.

Em relação ao profissional denominado orientador social, também com nível médio de escolaridade, este já tem ampla atuação no escopo do SUAS, em especial nos Serviços de Proteção Social Básica, e sob a orientação das equipes técnicas de referência.

A partir da perspectiva da Saúde e da Assistência Social, verifica-se que:

- ☛ A Atenção Domiciliar da Saúde destina-se a usuários que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.
- ☛ A Proteção e o Cuidado no Domicílio da Assistência Social destina-se a usuários do SUAS em situação de vulnerabilidade ou risco pessoal e social, por violação de direitos, associadas ao fenômeno da deficiência ou do envelhecimento, que a presente dificuldades, restrições ou impedimentos temporários ou por longo tempo, de adesão e/ou acesso às unidades da rede socioassistencial ou que o atendimento no domicílio frente as singularidades das situações vivenciadas se apresente como o mais adequado e oportuno para proteger a autonomia, fortalecer vínculos sociais e a participação das pessoas com deficiência e idosas. A oferta no domicílio pode garantir a equiparação das oportunidades de acesso, a continuidade do atendimento já iniciado nas unidades da rede socioassistencial, a inclusão na rede a partir da adesão do atendimento no ambiente do domicílio ou a complementariedade às ações da rede de PSB e PSE no território.



CAPÍTULO III

3. Características Gerais do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

3.1. Breve histórico sobre o Serviço

Este Serviço foi concebido na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, a partir da revisão conceitual e das discussões ocorridas na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite/CIT/2009, que promoveu um longo e intenso debate sobre algumas experiências municipais relacionadas à execução do Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência, nominado na PNAS (2004) e, até então, cofinanciado pelo piso básico de transição, previsto na NOB – SUAS 2005.

Essa revisão, além de considerar as ações tradicionalmente desenvolvidas na área e que estavam voltadas para esses segmentos, considerou as bases de organização do SUAS e as características de suas ofertas

nos níveis de Proteção Social Básica e de Proteção Social Especial. Com isso, na Tipificação, foram concebidos dois serviços distintos: o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, sob o enfoque conceitual e de organização territorial da Proteção Social Básica, e o Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, concebido à luz do enfoque conceitual da Proteção Social Especial de Média Complexidade.

Um fato que agregou novos elementos à concepção e organização do Serviço de PSB no Domicílio foi a deliberação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) de atualizar, por meio da Resolução nº 34/2011, o conceito de habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, no campo da assistência social. A partir dessa resolução, superou-se a ideia da organização de uma ação específica com tal finalidade, seja no patamar da Proteção Social Básica ou da Proteção Social Especial.

Nessa direção, o CNAS, por meio da referida resolução, reafirma a compreensão de que habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência têm enfoque multisetorial e, por isso, a sua efetivação requer a realização de um conjunto de ações articuladas das diversas políticas públicas no enfrentamento das barreiras implicadas pela deficiência e pelo meio em que as pessoas vivem.

À Assistência Social cabe, portanto, organizar ofertas próprias para promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como contribuir com a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e a participação plena e efetiva das pessoas com deficiência na sociedade²⁸

Com base nesses dois marcos normativos, dos 5.500 (cinco mil e quinhentos municípios que responderam ao Censo SUAS/2015 - Gestão Municipal, 4.136 (quatro mil, cento e trinta e seis) municípios, que equivalem a 75,2% do total, informaram ofertar o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, respondendo, de alguma forma, a demandas de proteção e cuidado a esses segmentos, a partir de ofertas no ambiente domiciliar.

3.2. Características do Serviço

Diante do enfoque da PSB, pode-se apontar como características fundamentais do Serviço:

- ☛ **Caráter preventivo**, ou seja, suas ações estarão sempre ressaltando a prevenção de riscos sociais e violações de direitos²⁹. Prevenir tem o sentido de precaver-se, antecipar-se, dispor as coisas de sorte que se evite que algo aconteça.

28 Para aprofundamento, recomenda o estudo da Resolução nº 34, de 28 de novembro de 2011, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

29 Violação de Direitos: considera-se violação ou transgressão aos direitos, o que viola a vida e a liberdade de vivê-la em sua plenitude e ainda pode gerar prejuízos, causando sofrimento, uma vez que atinge o direito de

- ☞ **Proteção social proativa**, compreendida no sentido de ir ao encontro das pessoas no domicílio, pautada na dimensão ética de incluir sem ser invasivo. O serviço não se realiza nos intramuros dos espaços-base de sua oferta. É necessário conhecer a dinâmica do cotidiano das pessoas, antecipando-se aos riscos pessoais e sociais.
- ☞ **Proteção como processo indissociável do cuidado**: para proteger é importante cuidar, “tomar cuidados”. O cuidado é mais que uma relação pautada na atenção e na acolhida, requer dedicação, presença na rotina, preocupação e, especialmente, corresponsabilidade e zelo com o bem-estar do outro. O cuidado revela modos de vida particulares. Particularidades que se refletem na dinâmica das famílias, considerando sua cultura.
- ☞ **Valorização do ambiente do domicílio como espaço de acesso a direitos socioassistenciais**: espaço que permite aproximação do Serviço com os contextos familiares e territoriais e que possibilita o atendimento de singularidades dos usuários e a maior compreensão dos saberes e potenciais intrafamiliares, respeitando a perspectiva de valorização do protagonismo e das competências das famílias no exercício da proteção e do cuidado à pessoa com deficiência e à pessoa Idosa.
- ☞ **Acesso a ações e serviços públicos**, compreendido como direito de cidadania, seja por meio da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e dos órgãos de defesa de direitos. Essa característica vincula-se ao reconhecimento da incompletude do Serviço, tanto frente às demandas pela garantia de direitos quanto frente ao princípio da proteção integral, que considera a indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos - civis e políticos, sociais, econômicos e culturais.
- ☞ **Complementação ao Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF)**: este caráter de complementariedade reafirma o lugar que a matricialidade sociofamiliar ocupa na estruturação do SUAS. A família, nas suas diversas configurações, é central no âmbito das ações da política de assistência social como espaço privilegiado e insubstituível de proteção, socialização e provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida, sobretudo, pelo Estado.

3.3. Finalidade do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais define a seguinte finalidade para o Serviço:

[...] prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa à garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão

ser e de ser diferente, de ter liberdade, de ter suas próprias crenças, de não sofrer discriminação em virtude de raça, cor, condição etária, ou orientação sexual, entre outros. A violação dos Direitos Humanos volta-se muito mais àqueles que são excluídos socialmente ou pertencem a minorias étnicas, religiosas ou sexuais (MDS, 2013.)

social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento (MDS, 2009, p. 16).

Sabe-se que a finalidade definida para o Serviço da Proteção Social Básica do SUAS tem múltiplas dimensões e envolve inúmeros esforços de distintas políticas públicas, dentre elas a de Assistência Social, razão pela qual o Serviço deve atuar em estreita articulação com os demais serviços no território. Contudo, cabe esclarecer que o Serviço tem ofertas próprias concretizadas no conjunto de suas ações, que contribui diretamente para o alcance de sua finalidade e justifica a sua importância, a intenção e o propósito do Serviço junto aos usuários, que são as pessoas idosas e as pessoas com deficiência.

Para compreender com mais profundidade a finalidade do Serviço, é importante refletir sobre algumas categorias conceituais mencionadas pela Tipificação para não correr o risco de esvaziar sua utilidade na compreensão da realidade e na direção do conjunto de ações e atividades a serem desenvolvidas.

3.3.1. Concepção de “agravos que fragilizam e/ou provocam o rompimento de vínculos”

Para o MDS (2013)³⁰, “convivência é forma e vínculo é resultado”. Assim, pode-se presumir que os encontros que agregam atenção, disponibilidade, cumplicidade, compartilhamento de histórias, vivências e vontade de estar com o outro podem atuar como fortalecedores de vínculos ou mesmo como constituidores de vínculos.

Por outro lado, os “encontros que desvalorizam e reduzem a vitalidade das pessoas, estabelecem “paixões tristes”, que imobilizam, deprimem ou geram revoltas, assim como os que geram sentimentos de subordinação e impotência podem produzir isolamento e fragilização de vínculos”, ou seja, “os modos de convivência afetam as pessoas e fazem um efeito na razão e no entendimento que elas têm de si e do mundo em que vivem” (MDS, 2013, p. 17).

Rompimento, a partir do Dicionário Aurélio (2004), significa romper, partir-se, quebrar-se. Por rompimento de vínculos familiares, pode-se entender as situações de ruptura, corte ou quebra das relações e vínculos de afeto e amorosidade, sem a provisão de suporte em relação a cuidado, proteção e provisão material. Vale considerar que o rompimento de vínculo é diferente de afastamento do núcleo de moradia familiar. Neste último, não há moradia comum, mas a pessoa idosa ou a pessoa com deficiência

30 Recomenda-se leitura do caderno Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (MDS, 2013).

pode continuar mantendo laços de afeto, contatos pessoais e, por vezes, ainda conta com o suporte material.

Para Michel (apud SOUSA, 2012), os motivos mais frequentes para a entrada dos idosos nas Instituições de Longa Permanência (ILPI) são:

[...] “não terem família, não ter um cuidador ou ter conflitos familiares, seguido por problemas de saúde e até por não quererem morar sozinhos”. Assim como, “o desdobramento extremo de relações familiares tensas, ao longo de toda uma vida, e que, diante da nova realidade proporcionada pelo envelhecimento, os vínculos já desgastados, são rompidos de forma definitiva quando o idoso é levado à ILPI (MICHEL apud SOUSA, 2012, p.18).

Com isso, não dá para desconsiderar o contexto e o histórico da família com a qual a pessoa viveu ou ainda vive. Filhos que não se sentiram cuidados pelos pais - ou por um dos pais -, por vezes, não se sentem confortáveis para cuidar deles na velhice. Outras vezes, o próprio ambiente interno da casa impõe entraves que impactam na convivência e, por consequência, nos vínculos protetivos.

Em relação ao rompimento de vínculos comunitários, algumas situações ou contextos podem favorecer o seu rompimento, como a ausência, no território, de serviços de saúde, assistência social, educação, transporte adaptado, lazer, cultura, entre outros, obrigando as famílias e seus membros a recorrerem às ofertas de outros territórios e, assim, os vínculos de pertencimento se tornam mais frágeis.

Outros fatores também podem contribuir para a fragilização ou mesmo para o rompimento de vínculos comunitários:

- ☛ comportamentos discriminatórios³¹ ou de desvalorização da condição da pessoa com deficiência ou da pessoa idosa no território de moradia, gerando apartação ou isolamento social;
- ☛ elementos vinculados à violência urbana, que geram insegurança social;
- ☛ inexistência de acessibilidade nos equipamentos públicos e comunitários, constituindo-se em barreira para a participação e o exercício da cidadania no local de moradia.

Agravo, nesse contexto, significa: qualquer prejuízo à integridade e à convivência familiar e social dos indivíduos e suas famílias, provocado por situações adversas, imprevistas, circunstanciais, nocivas ou que causem dano e/ou desvantagens pessoais e sociais.

Nesse sentido, cabe atentar-se para a associação entre as limitações impostas pelo próprio avanço da idade ou da deficiência, com os seguintes elementos: dificuldades de a família cumprir as funções de

31 Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência).

proteção básica e cuidados cotidianos; privação de acesso a tecnologias assistivas³² vivência de pobreza extrema; doença do cuidador familiar e/ou vivência de situações estressantes; moradia precária ou em contexto de difícil acesso, entre outras. Esses elementos podem se revelar como agravos às limitações decorrentes de deficiência e do envelhecimento e desencadear o afastamento temporário ou mesmo o rompimento dos vínculos protetivos, em particular, com o núcleo familiar.

O trabalho social, na perspectiva da prevenção aos agravos, requer um olhar que vai além do reconhecimento dos fatores/situações de desproteção; requer, sobretudo, a identificação e o reconhecimento de fatores protetivos nos vários domínios da vida: nos próprios indivíduos; em suas famílias; em seus pares; em suas escolas; em seus territórios, em serviços e atividades comunitárias ou religiosas, enfim, em qualquer outro nível de convivência socioambiental.

3.3.2. Equiparação de oportunidades – conceitos e fundamentos legais

A lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência, no art. 4º, já determina que:

Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação”. Para os fins da proteção mencionada neste artigo, são considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência (Lei nº 13.146/2015, parágrafo único).

A partir dessa determinação, cabe lembrar que, independentemente da deficiência e do envelhecimento, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (CF/1988). Todavia, o acesso e o pleno exercício dos direitos para as pessoas idosas e pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais pessoas, requer medidas e atitudes para igualar as oportunidades, como a garantia de meios e singularidades para atender condições físicas, intelectuais, mentais e relacionais específicas. Por vezes, faz-se necessário atribuir benefícios, fornecer tecnologias assistivas, assegurar prioridade de atendimento, instituir políticas públicas afirmativas para fazer com que as oportunidades se tornem, de fato, iguais.

Nessa direção, para que uma pessoa idosa com mobilidade reduzida ou uma pessoa com deficiência possa participar de um evento, seja nacional ou mesmo no seu território, faz-se necessário assegurar todas as condições de acessibilidade ao espaço físico (rampas, elevadores etc.), à comunicação do conteúdo

32 Tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Estatuto da Pessoa com deficiência, Lei nº 13.146/2015).

(audiodescrição, intérprete, ampliação da letra etc.), muitas vezes, suporte de cuidador, entre outras medidas para igualar as oportunidades.

Assim, a equiparação de oportunidades tem relação direta com a eliminação de barreiras sociais que reduzam ou impeçam as pessoas de realizar uma atividade no campo pessoal, profissional ou relacional, e também com ação ou atitude que possa prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos. A viabilização da participação das pessoas com deficiência e idosas e suas famílias nas mais diversas instâncias da sociedade, também pode ser entendida na perspectiva da equiparação de oportunidades.

Para o Serviço, a oferta no ambiente do domicílio é uma estratégia do SUAS que possibilita a equiparação de oportunidades de acesso aos direitos socioassistenciais das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, em particular daquelas com maiores dificuldades de adesão e acesso à rede.

3.3.3. Participação e autonomia – concepções que orientam o Serviço

Para Freire (1999, 2005), o homem não pode ser compreendido como um sujeito isolado, pois pensar e agir criticamente para transformar a realidade faz parte da sua natureza na busca de humanização. Em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, admite que todos devem participar da história, da cultura e da política. Ninguém deve ficar neutro, é necessário questionar as coisas, e não ficar alheio.

Nessa direção, participação é condição para o exercício da cidadania e pressupõe que condições sejam criadas para favorecê-la. Outro pressuposto é o de que o conhecimento é construído na relação entre os sujeitos e na interação com a realidade, portanto, o compartilhamento de poder de decisão exige ação responsável, individual, social e política. Assim, quanto mais a pessoa participa, mais se capacita para participar, para posicionar-se frente às ações, medidas e decisões que lhe dizem respeito.

A Política Nacional do Idoso aponta, em suas diretrizes:

- I. viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- II. participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos.

De igual modo, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência, ao tratar do direito à participação, determina que:

O poder público promoverá a participação da pessoa com deficiência, inclusive quando institucionalizada, na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades, incluindo a participação da pessoa com deficiência em organizações que a representem (Lei nº 13.146/2015).

Isso posto, ressalta-se que “participar não se restringe a aderir, pressupõe o compartilhar, o opor-se em movimento, o que exige a motivação para um objetivo” (MDS, 2013, p. 20). A participação, como componente do Serviço, cujo enfoque contempla a proteção, o cuidado e o fortalecimento de vínculos, pressupõe pensar em condições e estratégias para viabilizá-la ou fortalecê-la. Nesse sentido, cabe afirmar que a circulação de informações com conteúdo e linguagem acessível, o modo de se expor, de ver e de ser visto, de criticar e de ser criticado, de argumentar, bem como a troca e o compartilhamento de saberes e dos modos de produção de conhecimento são aspectos a serem considerados na dinâmica do Serviço (MDS, 2013).

Por sua vez, autonomia pode ser compreendida sob o enfoque de várias áreas - da política, da organização dos poderes, das ciências, entre outras, e também no domínio do próprio indivíduo – que diz respeito à autonomia pessoal e social.

Autonomia evidencia sempre uma relação com independência e poder para realizar algo por si próprio, manifestar a própria vontade com liberdade de escolha, exercer a capacidade e a responsabilidade de tomar uma decisão. Por essa razão, é um fenômeno de muitas dimensões, conquistado diuturnamente, não raro chamado de *autonomias*.

A saúde física e a autonomia compõem as necessidades básicas e universais do ser humano. Saúde física como sendo a condição essencial de participação na vida social. Autonomia como “capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de colocá-los em prática sem opressões” (MDS, 2016, p. 20).

É consenso que o ser humano é um ser de relações. Portanto, embora a construção da autonomia passe pela construção da subjetividade, tendo em vista o indivíduo desenvolver a possibilidade e a capacidade de reger-se por si mesmo e autodeterminar-se de acordo com sua vontade, necessariamente, é uma construção social. E, como tal, não pode ser entendida desvinculada do “pleno usufruto dos aportes de serviços públicos e serviços coletivos” (MDS, 2016, p. 20).

Assim, a autonomia pode ser limitada ou expandida a partir da qualidade das relações e da existência ou não de barreiras impostas e vivenciadas nos contextos familiares, territoriais e sociais, a exemplo de transporte e espaços adaptado para a garantia de mobilidade, entre outras questões. Isso condiz com o que diz Jaccoud (2014), segundo a qual as garantias de renda e educação, de prevenção ao isolamento e à negligência devem ser ofertas permanentes do setor público para o exercício da autonomia (MDS, 2015, p. 23).

Usufruir da autonomia de ir e vir, por meio da mobilidade independente, para uma pessoa que usa cadeira de rodas, requer contar com ambientes adaptados, tanto em casa quanto nas ruas e prédios. De forma semelhante, para uma pessoa com deficiência visual, a utilização de audiodescrição vai garantir autonomia para acessar informações. No campo do autocuidado, cuidar-se por conta própria pode ser um aprendizado permanente para as pessoas com deficiência ou para pessoas idosas com alguma doença crônica ou degenerativa.

Conforme dispõe a Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, o “indivíduo autônomo - é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida”.

A partir desse contexto, o trabalho social do Serviço deve contribuir para a ampliação da visão de mundo das pessoas com deficiências e idosas, seus cuidadores e familiares, de forma que elas compreendam que sua vida está relacionada a processos sociais territoriais mais amplos ou mesmo nacionais, que requerem disposição para lutar de forma organizada e consciente. Nessa linha, deve considerar sempre, o desenvolvimento da autonomia e a participação na construção ou no aprimoramento de seus projetos de vida. Por outro lado, o Serviço público de proteção social básica tem a função de identificar os fatores ambientais, sociais e de entorno que constituem barreiras arquitetônicas, de compreensão, comunicação e de atitudes que impedem a participação social dessas pessoas e suas famílias.

3.4. Usuários do Serviço

São usuárias do Serviço as pessoas com deficiência (em qualquer faixa etária) e as pessoas idosas (com 60 anos ou mais) que vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso a possibilidades de inclusão, autonomia, independência, segurança, usufruto de direitos, de participação plena e efetiva na sociedade e de processos de habilitação e reabilitação à vida diária e comunitária (Resolução CNAS nº 34).

- ☛ Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC);
- ☛ Membros de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda.

Em relação aos contextos particularmente vulneráveis, considera-se que as situações a seguir podem revelar maior necessidade de suporte à proteção e aos cuidados familiares no domicílio pelo Serviço. Não se trata de critérios de acessos, são situações que podem contribuir para a fragilização da capacidade protetiva das famílias e por isso podem servir de bússola para a realização do diagnóstico socioterritorial e da busca ativa, quando necessário.

- ☛ Famílias monoparentais com crianças com deficiência;
- ☛ Famílias com mais de um integrante com deficiência ou com mais de uma pessoa idosa;
- ☛ Crianças com deficiências associadas ao Zika Vírus;
- ☛ Famílias cujo cuidador familiar desempenhe sozinho o papel de cuidar da pessoa com deficiência e da pessoa idosa, essa condição supõe maior estresse;
- ☛ Famílias cujo cuidador familiar tenha interrompido as atividades laborais ou esteja impossibilitado de realizá-las, em virtude da oferta continuada de cuidados diários à pessoa com deficiência ou idosa, condição que pode associar-se a isolamento do cuidador;
- ☛ Pessoas com deficiência ou pessoas idosas com dependência de cuidados de terceiros e/ou com limitações de mobilidade, pela existência de barreiras no domicílio, devido à ausência ou à precariedade de acessibilidade espacial, de comunicação, de transporte, ou impossibilitados de acessar a rede de serviços no território;
- ☛ Pessoas com deficiência e pessoas idosas com autonomia restrita ao domicílio e com dificuldades de acesso aos serviços socioassistenciais, no território;
- ☛ Pessoas com deficiência e pessoas idosas em iminência de isolamento social ou de risco de sofrer violência intrafamiliar;
- ☛ Pessoas idosas com 80 anos ou mais;
- ☛ Pessoas com deficiência e pessoas idosas que moram sozinhas e com suporte familiar e social insuficiente;
- ☛ Pessoas com deficiência severa em face de sua maior dependência de cuidados de terceiros;
- ☛ Pessoas com deficiência e pessoas idosas com demandas específicas associadas às questões de orientação sexual e identidade de gênero (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros);
- ☛ Pessoas idosas e pessoas com deficiência que retornaram ao ambiente familiar após acolhimento institucional ou familiar, a partir de encaminhamento do CREAS;

- ☛ Pessoas com necessidades de cuidados para as atividades da vida diária, cujo cuidador principal tenha idade igual ou superior a 60 anos, tenha deficiência, conviva com doença grave, ou apresente outras incapacidades para oferecer cuidados continuados;
- ☛ Pessoas com deficiência ou pessoas idosas que moram em territórios de difícil acesso, em longas distâncias e/ou sem transporte adequado para deslocamento.

3.5. Objetivos do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

Ao estabelecer os objetivos do Serviço, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais aponta, em âmbito nacional, o escopo central das suas ofertas e as possíveis inter-relações com outros serviços e benefícios socioassistenciais e com as demais políticas públicas. Os objetivos estão intrinsecamente relacionados e convergem para o alcance das aquisições previstas para os usuários e para os impactos esperados em sua realidade e sua realidade e de suas de suas famílias.

Os comentários a seguir, sobre cada objetivo, intencionam favorecer a compreensão de seu alcance e clarificar concepções a eles relacionadas, de modo que possam orientar as ações e as estratégias do Serviço.

São objetivos do Serviço:

I. Prevenir agravos que possam desencadear o rompimento de vínculos familiares e sociais

Este objetivo aponta para a necessidade de conhecimento da dinâmica da família e dos contextos territoriais em que vivem as pessoas com deficiência e as pessoas idosas.

Para Passarinho (2012), a vida em família:

é um processo de constantes rupturas, perdas e ganhos, apegos e desapegos, construção e reconstrução da trajetória de uma existência compartilhada. Por isso cultivar a afetividade, a cumplicidade e o amor são fundamentais para a solução de conflitos e fortalecimento das relações (SESDF, 2012, p. 67).

Por outro lado, a família da pessoa com deficiência se bem orientada e apoiada, constrói saberes e novas formas do fazer, resignificando as suas dinâmicas para compreender e satisfazer as demandas específicas dos seus integrantes, criando espaços de reflexão, soma e colaboração para o desenvolvimento de todos da família, compreendendo a importância da qualidade de vida não só da pessoa cuidada, como da família como um todo (CRUZ, 2008).

Nesse contexto, é importante identificar e reconhecer elementos ou situações que assegurem proteção e cuidado ou possam vir a se constituir em fatores protetivos, como:

- ☞ fortes vínculos afetivos entre os membros da família; dinâmicas familiares capazes de conciliar cuidados com outros papéis sociais na família, como cuidar dos outros filhos, estudar e trabalhar, desenvolver projetos pessoais; existência de família ampliada ou estendida próxima à moradia ou disponível para dividir cuidados; conhecimento, valorização e respeito às limitações, habilidades e capacidades das pessoas com deficiência e pessoas idosas; convivência intergeracional incentivada, entre outras;
- ☞ inexistência de doenças que agravam a situação de dependência, e a presença de práticas de acompanhamento regular das questões de saúde das pessoas cuidadas;
- ☞ inclusão das crianças e jovens com deficiência na escola, nos serviços de reabilitação, em atividades ocupacionais, terapêuticas, de cultura, lazer e outras;
- ☞ inexistência de fatores que precarizam os cuidados familiares, como a extrema pobreza, o envelhecimento ou adoecimento dos cuidadores ou a incapacidade de estes prestarem o cuidado;
- ☞ moradia adequada, adaptada às dificuldades de locomoção e deslocamento, e a existência de momentos de lazer junto com a família, vizinhança e comunidade;
- ☞ independência econômica da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência e o exercício regular da capacidade de autocuidar-se e do respeito à integridade;
- ☞ acesso facilitado à rede de serviços públicos e comunitários;
- ☞ Cuidadores familiares cientes da importância de autocuidar-se; presença de atitudes positivas; proativas e colaboradoras; evitando a superproteção, práticas de negligência, maus-tratos, violência psicológica, física, sexual ou de abandono; entre outros.

De igual modo, é importante reconhecer e compreender aquilo que se constitui ou pode vir a se constituir em fatores de risco ou de desproteção, como: o uso prejudicial de álcool ou outras drogas pelos membros da família; a falta de interesse ou as dificuldades de mobilidade para a participação em grupos e atividades sociais; as relações familiares conflituosas, com frágeis laços afetivos; o isolamento social da pessoa cuidada e do Cuidador, cuidador único na família; a inexistência de família ampliada e/ou estendida que possa compartilhar cuidados; a dependência econômica dos membros da família da renda da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência; as expectativas negativas dos membros da família por conta da idade ou da deficiência; o cansaço, o estresse e o adoecimento do cuidador (a); a suspeita de violência intrafamiliar; a moradia inadequada; o desemprego ou subemprego dos provedores da família; a insuficiência ou ineficiência de serviços públicos no território de moradia; a existência de barreiras ambientais e sociais diversas, entre outros.

Esse conhecimento ajuda no planejamento de ações e estratégias com vistas à antecipação dos riscos e, sobretudo, à construção de vínculos e ao fortalecimento do papel protetivo da família, a partir de processos de ressignificação das dinâmicas familiares, de modo que esta supere os sentimentos de perda, de luto, da negação, de raiva, e promova a aceitação e a construção de relações sociais significativas de valorização, inclusão, evitando, assim, a quebra ou o rompimento dos laços de pertencimento.

II.Prevenir confinamento de idosos e/ou de pessoas com deficiência

Confinar pessoas, seja no ambiente familiar ou em instituições, relaciona-se a controle ou impedimento de a pessoa exercer sua autonomia individual e sua liberdade de decidir sobre o que fazer de sua vida. Também pode significar manter a pessoa presa ao redor de obstáculos, em ambiente sem a mínima acessibilidade, sem meios para a pessoa sobressair, imprimindo a marca da inferioridade.

O confinamento de alguém pode reduzir a identidade dessa pessoa a atributo estigmatizante, como: desvalido, incapaz, doente, entre outros.

Pode se revelar como uma violação do direito de ir e vir, pois as pessoas confinadas são, geralmente, excluídas das atividades familiares e de eventos no território. Às vezes, ficam escondidas em ambientes separados – quarto, cômodo ou aposento - sem mobilidade para outros ambientes da residência. Por vezes, ficam também sem convivência com o território, sem frequentar atividades de lazer ou mesmo deslocar-se pela cidade.

O confinamento de pessoas com deficiência, em especial daquelas com deficiência intelectual ou mental e de pessoas idosas doentes ou com deficiência, foi uma prática comum do Brasil Colônia, mas que ainda pode ser vista, nos tempos atuais, com uma nova roupagem, ou seja, sob a ótica da necessidade de proteção contra dano a si mesmo ou a outros ou da incapacidade de a pessoa realizar o autocuidado e de conviver em harmonia, considerado cárcere privado.

Há que se considerar a iminência ou o risco de confinamento social pela ausência ou insuficiência de condições familiares de proteção e cuidado, em especial das pessoas com maiores limitações e necessidades de cuidados contínuos e/ou pela forte presença de barreiras ambientais restritivas ou impeditivas da convivência social no território.

É frequente encontrar cidades ou territórios, bairros e comunidades onde predominam praças inacessíveis, calçadas estreitas e com desníveis, ruas com buracos, entre outros obstáculos, que dificultam o acesso a farmácias, hospitais, supermercados, bancos e área de lazer. Isso pode significar alta possibilidade de confinamentos, nos domicílios, das pessoas com mobilidade reduzida em função de deficiência e/ou avanço da idade. As famílias das pessoas com deficiência intelectual, mental, autismo se queixam da dificuldade de compreensão e de aceitação dessas pessoas pelos familiares e pela sociedade, em geral, relatam bullying nas escolas e na comunidade, o que representa mais uma barreira de participação a ser superada. Isso pode significar alta possibilidade de confinamentos, em suas casas, daquelas pessoas com mobilidade reduzida ou deficiência e/ou avanço da idade.

O confinamento social das pessoas com deficiência e das pessoas idosas pode provocar adoecimentos, seja na área física, emocional ou psíquica, a exemplo de fobias, depressão, angústia, ansiedade, dificuldades de se aproximar, de se relacionar, sensação de não pertencimento e abandono, entre outras.

Também é importante considerar que, as pessoas dependentes de cuidados de terceiros são, particularmente, mais vulneráveis à vivência de confinamentos, pois a oferta contínua de proteção e cuidados com as atividades da vida diária pode requerer competências e condições emocionais e/ou

financeiras e responsabilidades nem sempre presentes nas famílias. A oferta de proteção e cuidados no domicílio pelo Serviço tem papel preponderante para evitar essas situações, especialmente com ações de estímulo a autonomia e de suporte à participação social. Ao “fazer com”, os técnicos do Serviço mostram aos cuidadores familiares possibilidades do fazer e sucessos até então imperceptíveis aos cuidadores familiares. As famílias também se queixam do isolamento social vivenciado pela não aceitação dos seus filhos com deficiência, necessitando de exemplos positivos e de espaços que reafirmem a sensação de pertença.

III. Identificar situações de dependência

O ser humano é um ser interdependente. Sua interligação com o outro e com a natureza revela a incompletude humana. Portanto, em algum momento, circunstância, situação e ciclo de vida, precisa-se da companhia, auxílio, cuidado, proteção ou mesmo do sustento ou suporte econômico de alguém, ou seja, de alguma maneira, depende-se do outro.

Constitui preceito constitucional (CF/1988, art. 229) que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, ou seja, a própria lei reconhece a condição de dependência de outro, nesses ciclos de vida. Contudo, em sentido geral, a condição de dependência pode acontecer em qualquer faixa etária.

Assim, a dependência humana, no sentido amplo, pode vincular-se a diversos aspectos. Para contribuir com a reflexão, seguem alguns:

- ☛ econômicos -o indivíduo não tem recursos próprios e precisa que outro auxilie em seu sustento;
- ☛ aspectos físicos - quando a pessoa tem a mobilidade impedida, prejudicada ou reduzida, seja por deficiência, acidente, doença, alterações fisiológicas inerentes à idade, com a diminuição da força muscular e do equilíbrio corporal;
- ☛ aspecto funcional -quando a pessoa perde ou tem reduzida a autonomia para desempenhar sozinha a atividade da vida diária, a exemplo de alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deslocar-se de um local para outro, participar de atividades ou eventos no território;
- ☛ aspectos mentais ou intelectuais -quando limitações cognitivas, de aprendizagem, de perda de memória, de comunicação e de interação social impõem a necessidade de apoio mais constante de terceiros;
- ☛ aspectos psicológicos - ligados à necessidade de estar na companhia do outro. Pode relacionar-se a situações de depressão, ansiedade, situações estressantes, às vezes, em função da morte de alguém querido, viuvez, afastamento ou fragilização de vínculos em relação a pessoas com quem havia forte laço de cuidado e afeto.
- ☛ aspectos vinculados ao ciclo de vida – uma criança, pelo estágio de desenvolvimento que vivencia, é particularmente mais dependente dos adultos.

Em relação à dependência, associada ao fenômeno da deficiência e do envelhecimento, o Brasil ainda não construiu instrumentos de avaliação para ampla utilização; algumas iniciativas nesse sentido são instrumentos específicos, instituídos por determinadas áreas e para acesso a determinados serviços. Um

exemplo é a Resolução nº 283/2005, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação das Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI).

De acordo com a referida Resolução, a dependência em relação à pessoa idosa é definida como:

condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária e equipamento de autoajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada (Resolução nº 283, ANVS, 2005).

Dados do Suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2003), sobre as condições de saúde da população, apontou que cerca de 3,5% das pessoas idosas, o correspondente a 2,3 milhões de pessoas, tinham dificuldades para lidar com algumas atividades da vida diária: comer, tomar banho ou ir ao banheiro. Para Batista (2008), esse universo de pessoas não pode ser considerado necessariamente dependente. Mas é importante considerar essa possibilidade para o grupo que alegou ser incapaz ou ter grande dificuldade para realizar as três atividades mencionadas - cerca de 1,1 milhão de pessoas.

Em relação à pessoa com deficiência, como já foi dito antes, a dependência é também uma dimensão relacional, resultante da interação da pessoa com deficiência e as barreiras impostas pelo contexto vivenciado.

Contudo, para identificar as necessidades de cuidados de terceiros das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, pode-se considerar duas dimensões:

- ☛ **Atividades básicas** – relacionam-se a apoios nas tarefas de autocuidado, como arrumar-se, vestir-se, comer, fazer higiene pessoal, locomover-se e outros;
- ☛ **Atividades instrumentais** – relacionam-se aos apoios para atividades importantes para o desenvolvimento pessoal e social, como levar a vida da forma mais independente possível, favorecendo a integração e a participação do indivíduo no seu entorno, em grupos sociais, incentivando o associativismo, entre outros apoios. “Relacionam-se com tarefas como fazer refeições, limpar a residência, fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meio de transporte, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a sua integridade e segurança” (MDS, 2012, p. 15).

De qualquer modo, é fundamental compreender a condição de dependência à luz da história de vida da pessoa, do apoio familiar que dispõe e das oportunidades vividas. Igualmente, compreender as necessidades de apoio constante ou temporário e as perspectivas de expansão de suas potencialidades, capacidades e habilidades. O grau ou estágio de dependência pode ser influenciado pela qualidade do cuidado recebido ou de restrições de acesso à tecnologia assistiva.

O envelhecimento e a deficiência não são sinônimos de dependência, porém, quando associadas, deixa as pessoas mais vulneráveis a riscos e à violação de seus direitos.

O fato de o Serviço atuar na identificação das situações de dependência dos usuários pode contribuir para a promoção de ações no contexto do domicílio e do território que favoreçam antecipar-se a agravos de vulnerabilidade ou a riscos da vivência de situações de violência e violação de direitos.

IV. Colaborar com redes inclusivas no território

As redes inclusivas têm por missão reafirmar os princípios da universalidade, da indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos e, sobretudo, atuar na perspectiva do atendimento à diversidade humana, ou seja, do respeito às diferenças e do reconhecimento das singularidades vinculadas à trajetória de cada pessoa.

O reconhecimento da diversidade humana pressupõe a preparação das redes para o atendimento inclusivo das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, com a oferta de ações e serviços de forma descentralizada, próximos à residência, de modo a assegurar a convivência e a vivência de experiências com pessoas de outras gerações e sem deficiência.

Quando for de absoluta necessidade, é possível que a oferta de ações e serviços ocorra em locais específicos ou exclusivos, destinados a pessoas com deficiência ou a pessoas idosas, porém, é imprescindível que estas convivam e participem de atividades sociais no território, visando assegurar o direito à convivência comunitária e, por conseguinte, o fortalecimento de vínculos sociais.

Ainda na perspectiva inclusiva, cabe ressaltar o necessário enfoque de gênero, uma vez que mulheres com deficiência e mulheres mais idosas, geralmente, estão mais expostas a riscos de violência e à violação de direitos, como abusos sexuais. É igualmente importante atentar-se para a importância do atendimento de crianças e adolescentes com deficiência em espaços e serviços inclusivos, para que usufruam dos seus direitos em condições de igualdade com as crianças e adolescentes sem deficiência.

Serviços, ações e espaços inclusivos podem contribuir, decisivamente, para a consolidação da cultura do reconhecimento e do respeito às diferenças.

Este Serviço, ao fazer parte das redes territoriais e, particularmente, da rede socioassistencial e da rede intersetorial de políticas públicas, ainda que se constitua numa ação específica para pessoas com deficiência e pessoas idosas, colabora, fundamentalmente, na perspectiva de estimular e promover a convivência familiar e social inclusiva, sem discriminação e segregação de qualquer natureza.

Os serviços desenvolvidos na perspectiva de inclusão realizam um atendimento que valoriza a dimensão coletiva das questões relativas às pessoas com deficiência e essa característica agrega contribuições singulares a todos os indivíduos envolvidos. Não se pode esquecer que os espaços ou os encontros, preparados ou que atendem somente pessoas sem deficiência são tão segregadores quanto aqueles destinados ou preparados somente para pessoas com deficiência, pois terminam por reforçar a estranheza e o desrespeito à diversidade humana.

V. Prevenir o abrigamento institucional de pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com vistas a promover a sua inclusão social

O acolhimento institucional, em abrigo, residência inclusiva ou casa-lar corresponde à medida protetiva para aqueles que não podem ou não contam com os cuidados parentais, seja da família de origem ou da família extensa/ampliada³³. Para crianças e adolescentes, com deficiência ou não, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define o acolhimento institucional ou familiar como medida provisória e excepcional, estabelecida pela Justiça.

Nessa direção, o acolhimento de pessoas idosas ou de pessoas com deficiência requer a observância da legislação pertinente ao caso:

- ☛ Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): em conformidade com o art. 23, a falta de recursos materiais por si só não constitui motivo suficiente para afastar a criança ou o adolescente, com deficiência ou sem deficiência, do convívio familiar e encaminhá-los para serviços de acolhimento ou, ainda, para inviabilizar sua reintegração familiar;
- ☛ Estatuto do idoso: o art. 35 determina que todas as entidades de longa permanência ou casais são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada;
- ☛ Estatuto da Pessoa com Deficiência: o art.31 estabelece que a pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro – ou desacompanhada - ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência. O acolhimento institucional em residência inclusiva é uma modalidade para aqueles sem condições de autossustento.

Toda a legislação a respeito do tema tem como premissa básica a garantia do direito constitucional à convivência familiar e comunitária. A medida de acolhimento (abrigamento), por sua vez, somente deve ser adotada quando representar a medida mais adequada e protetiva para a pessoa acolhida. No caso da pessoa idosa e da pessoa com deficiência adulta a decisão de morar sozinho, em abrigo ou casa-lar deve ser sempre respeitada.

Segundo Minayo (2012), a violência familiar contra idosos é um problema nacional e internacional. Pesquisas feitas em várias partes do mundo revelam que cerca de 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges (Reay; Browne, 2001; Williamson; Schaffer, 2001). São particularmente relevantes os abusos e negligências que se perpetuam por choque de gerações, por problemas de espaço físico e por dificuldades financeiras, que costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como “decadência” e os idosos como “passado” e “descartáveis” (MINAYO; COIMBRA Jr., 2002; DEBERT, 1999).

33 ECA, art. 101, § 2º: Sem prejuízo da tomada de medidas emergenciais para proteção de vítimas de violência ou abuso sexual e das providências a que alude o art. 130 desta Lei, o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar é de competência exclusiva da autoridade judiciária e importará na deflagração, a pedido do Ministério Público ou de quem tenha legítimo interesse, de procedimento judicial contencioso, no qual se garanta aos pais ou ao responsável legal o exercício do contraditório e da ampla defesa (Incluído pela Lei nº 12.010/2009).

Nessa perspectiva, evitar a fragilidade e a ruptura dos vínculos familiares que resultem em acolhimento institucional exige ações preventivas no campo da sensibilização, da orientação ao(s) cuidador (es) familiar(es) e, sobretudo, da oferta de ações públicas continuadas que ampliem a capacidade de proteção e cuidado das famílias. Para isso, é preciso oferecer acesso à informação e apoios; compartilhamento de cuidados por meio de serviços com esta finalidade; acesso a benefícios e a serviços essenciais de cuidados, educação, habilitação e reabilitação, convivência, lazer e cultura, entre outros. Essas iniciativas requerem investimentos na qualidade das relações institucionais, familiares, comunitárias e sociais, com vistas a fortalecer as funções protetivas da família e evitar desproteções como a negligência e a violência intrafamiliar, que têm sido apontadas como algumas das principais causas do afastamento de pessoas idosas e de crianças e adolescentes do núcleo familiar, inclusive daquelas com deficiência.

VI. Sensibilizar grupos comunitários sobre direitos e necessidades de inclusão de pessoas com deficiência e pessoas idosas, buscando a desconstrução de mitos e preconceitos.

A concepção de mito, no sentido mais complexo, passa pela Filosofia, no sentido de compreender a influência dos mitos nas sociedades antigas e modernas. Também remete à Antropologia, que os compreende como uma linguagem utilizada por diferentes culturas para explicar os fenômenos da natureza. Além disso, aponta para a História, pois muito do entendimento de uma dada cultura passa pela compreensão ou explicação simbólica dos mitos que cultivam.

Na linguagem mais comum utilizada por alguns grupos, os mitos estão associados a ideias ou crenças falsas, cuja disseminação, com carga pejorativa e simbólica, sem reflexão, reproduz valores e significados que reforçam crenças equivocadas, preconceitos, mentiras e, sobretudo, podem desencadear processos de discriminação, desvalorização e redução da identidade da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência a atributos como “coitadinho”, “incapaz”, “inútil”, entre outros.

São bastante comuns expressões do tipo: “pessoa idosa só gosta de bingo e baile”; “todo velho é ranzinza”; “estar velho é estar dependente”; “burro velho não aprende línguas”; “pessoas idosas são todas iguais”; “envelhecimento traz impotência sexual ou perda do interesse sexual”; **“os mais velhos são mais inflexíveis”**; **“velho já deu o que tinha que dar, não tem futuro”**. A reprodução não refletida desses mitos pode propagar uma representação social fantasiosa, preconceituosa e estigmatizante.

De forma semelhante, há muitos mitos sobre a sexualidade das pessoas com deficiência, reproduzidos em discursos, ideias e crenças, que terminam por manter ou disseminar relações de dominação e de inferiorização em relação às pessoas sem deficiência. Um exemplo é o mito de que as pessoas com deficiência não têm necessidades sexuais, ou seja, não têm sentimentos nem pensamentos sobre sexo. Assim, são vistas como assexuadas ou, pelo contrário, seus desejos são incontrolláveis e sempre exacerbados.

Contrariamente a mitos como esses, a realidade revela que o interesse por sexo é variável entre pessoas com deficiência e sem deficiência, jovens, adultos ou pessoas idosas. Nesse sentido, a pessoa com deficiência ou a pessoa idosa pode ter orientação sexual e identidade de gênero variadas.

Para Maia e Ribeiro (2012), as expressões da sexualidade são múltiplas e variadas, tanto para pessoas com deficiência como para aquelas sem deficiência. Em qualquer caso, não é possível determinar se a vida sexual e afetiva será satisfatória ou não. É importante lembrar que, em diferentes momentos da vida, dificuldades e facilidades vão ocorrer, em maior ou menor grau para todos. É muito injusto, portanto, generalizar, rotular e estigmatizar qualquer pessoa que, pela condição humana, possa desenvolver limitações em qualquer campo da vida.

No que tange à palavra preconceito, já no seu prefixo, indica uma ideia antecipada ou um juízo preconcebido sobre algo ou alguém. Pode ser uma crença sem fundamento, formada a partir de sentimento de dominação, de superioridade ou até de inferioridade.

Preconceito tem por base o não reconhecimento das diferentes etnias, classes sociais, raça/cor, orientação sexual, nacionalidades, regionalidades, religiões, opiniões, ciclos de vida, deficiências etc. Por vezes, o preconceito pode se manifestar em atitudes sexistas, homofóbicas e racistas.

Por trás dos mitos e preconceitos, podem haver aspectos de cunho ideológico e de direção política que reforçam posturas discriminatórias, de segregação ou mesmo de exclusão de direitos. Por isso, esclarecer, desconstruir e fazer desaparecer uma ideia ou uma crença falsa, reproduzida ao longo dos anos, como mito e preconceito, não é uma tarefa simples, mesmo diante da convicção de que é completamente errônea. São necessárias ações claras, multidisciplinares e com metodologias que contemplem a sensibilização de grupos e sujeitos para contribuir com a difusão, a afirmação e a reclamação de direitos.

Na perspectiva da garantia do direito à participação social e da eliminação do preconceito, o Brasil adotou a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) como emenda à Constituição Federal, em 2008, já amplamente baseada nos conceitos e concepções da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – (CIF/OMS/2001), constituindo um arcabouço legal amplo de direitos e competências institucionais, traduzidos na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência-LBI (Lei nº. 13.146/2015). Esta Lei, no art. 6º, por exemplo, determina que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para casar-se e constituir união estável; exercer direitos sexuais e reprodutivos; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Este objetivo aponta para a necessária transversalidade das ações de proteção e cuidados das pessoas com deficiência e das pessoas idosas, impondo a integração do Serviço às iniciativas mobilizadoras do território e a promoção de ações que privilegiem os encontros coletivos entre famílias, cuidadores familiares e ofertadores de serviços na superação das situações de exclusão social e preconceito.

VII. Desenvolver estratégias para estimular e potencializar recursos das pessoas com deficiência e pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade no processo de habilitação, reabilitação e inclusão social.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), já reconheceu por meio da Resolução nº 34/2011 que a habilitação e a reabilitação das pessoas com deficiência são um processo, têm enfoque multisetorial, portanto, requerem trabalho integrado de diversas políticas, inclusive da assistência social, com o seu conjunto de ofertas nos âmbitos da proteção social básica e especial, de média e alta complexidade, e dos seus distintos serviços e benefícios, com orientações técnicas específicas e integrados por equipes técnicas de referência. Esse entendimento tem por base o pressuposto da transversalidade do tema. Essa concepção transversal de habilitação e de reabilitação pode ser estendida em relação às pessoas idosas.

Como já referenciado neste documento, as distintas políticas públicas têm competências legais em relação ao processo de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência, inclusive de pessoas idosas. Em especial a área da Saúde, por meio da sua rede de atenção básica e especializada, rede de saúde psicossocial, de saúde bucal, dentre outras, destinadas aos cuidados em saúde, inclusive mantendo em sua rede de atenção os Centros Especializados em Reabilitação (CER)³⁴ De acordo com o que estabelece o Estatuto da Pessoa com Deficiência, à política de saúde deve ofertar “serviços de habilitação e de reabilitação, sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, visando à manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida”.

Em relação à Previdência Social, a Lei nº 8.213/1991 (Regime Geral de Previdência - RGP), no art. 89, define:

A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário da previdência, incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas com deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive (Lei nº 8.213/1991, art.89).

Muito embora a reabilitação profissional do trabalhador, vinculada à previdência social, tenha um longo histórico de dilemas e desafios, anterior à CF (1988), é com base nessa previsão legal de 1991 - o Regime Geral da Previdência Social - que o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) desenvolve o Programa de Reabilitação Profissional, concebido na perspectiva da reabilitação integral, ou seja, por meio da

34 Os CER são unidades voltadas para o atendimento especializado de pessoas com deficiência que necessitam de reabilitação. A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado com o objetivo de promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. Os serviços de Reabilitação em saúde devem garantir: O diagnóstico, a avaliação, a orientação, a estimulação precoce e a seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Ver também, Resolução CNAS nº 34/2011 - Art. 2º. Definir que habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua inclusão à vida comunitária “é um processo que envolve um conjunto articulado de ações de diversas políticas no enfrentamento das barreiras implicadas pela deficiência e pelo meio, cabendo à assistência social ofertas próprias para promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e à participação plena e efetiva na sociedade”.

combinação entre assistência e saúde, reabilitação profissional e a reinserção social (MPS, 2014). A reabilitação profissional é uma ação previdenciária, cujo objetivo é oferecer aos segurados da previdência, incapacitados para o trabalho, por motivo de doença ou acidente, ou à pessoa com deficiência que procura o serviço, apoio na readaptação, no reingresso ou ingresso ao mercado de trabalho. O atendimento é feito por meio das agências de previdência social e por equipes multiprofissionais formadas, geralmente, por médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e outros profissionais.

No campo do direito ao trabalho, o Estatuto da Pessoa com Deficiência prevê, no art. 36:

O poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse (Lei nº 13.146/2015, art. 36).

No campo da educação, a habilitação e a reabilitação das pessoas com deficiência são a garantia do direito universal à educação desde zero ano, na perspectiva da inclusão, considerando a educação especial, inclusive com atendimento educacional especializado, quando necessário.

No campo da Assistência Social, a contribuição do Serviço com os processos de habilitação, reabilitação e inclusão social pode ser compreendida na direção do estímulo e da orientação aos processos de convivência que resultem no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Em outras palavras, o estímulo e a orientação têm a finalidade de ampliar a proteção e os cuidados, além de favorecer o acesso a serviços essenciais no território como direito de cidadania, expandindo seus efeitos positivos pela articulação do Serviço com os demais serviços socioassistenciais do SUAS e das demais políticas públicas.

Potencializar recursos das pessoas requer a identificação e a valorização de potencialidades, habilidades, talentos, aptidões, atitudes, experiências, vivências e saberes das pessoas com deficiência e das pessoas idosas e de seus familiares.

A inclusão social diz respeito à garantia das possibilidades para que todas as pessoas tenham acesso e usufruam das mesmas oportunidades, em condições de igualdade, na sociedade em que vivem.

Em algumas circunstâncias, a inclusão social é mediada por leis específicas, a exemplo da Lei nº 8.213, de 24 de julho 1991, que trata da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, ao definir que todas as empresas privadas com mais de 100 funcionários devem preencher entre 2% e 5% de suas vagas com trabalhadores que tenham algum tipo de deficiência.

No caso de pessoas com 60 anos ou mais, o Estatuto do Idoso, em seu art. 27, veda a discriminação da pessoa idosa na admissão de qualquer trabalho e emprego, assim como a fixação de limite máximo de idade, o que contribuiu para sua inclusão social no mundo do trabalho.

Dito isso, este objetivo tem como alicerce a compreensão e a integração com as ações e serviços das áreas de saúde, educação, habitação, trabalho e previdência social, pois a inclusão social não é tema de uma só política.

VIII. Oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo à participação cidadã

Ter direitos inscritos na CF e nas leis infraconstitucionais é fundamental, pois constitui condição para a sua materialização no cotidiano do cidadão e da cidadã.

Ferreira³⁵, sobre os direitos e garantias fundamentais, afirma:

Em princípio, direitos e garantias não são sinônimos. Direitos são normas de conteúdo declaratório (por exemplo, direito à honra, à locomoção), enquanto as garantias são normas de conteúdo assecuratório, preservando o direito declarado (por exemplo, indenização por dano à honra, habeas corpus para garantir a locomoção). Portanto, enquanto o direito se presta a declarar, a garantia, por sua vez, busca preservar.

A defesa de direitos vincula-se, portanto, à busca pela garantia, na prática, dos direitos declarados. Para algumas pessoas ou grupos, a busca, junto às políticas públicas, pelo acesso a direitos ou a reclamação jurídica dos seus direitos torna-se mais difícil, seja pela falta ou pouco acesso à informação e/ou por desconhecimento ou dificuldade de acessar os órgãos de defesa de direitos, a exemplo do Ministério Público, das delegacias especializadas e do Poder Judiciário.

Em algumas vezes, a comunicação sobre os direitos não é clara e nem acessível a pessoas com alguma limitação, seja devido ao uso de linguagem oral ou escrita complexa, à ausência de suporte à comunicação, ao nível de escolaridade das pessoas, à escuta pouco qualificada nos serviços e ações, às limitações vinculadas à deficiência ou mesmo ao ciclo de vida das pessoas e, por vezes, à ausência ou pouco acesso a tecnologias da informação.

A defesa de direitos relaciona-se, intrinsecamente, com o exercício da participação como direito social. No caso do Serviço, é fundamental estimular a participação das pessoas idosas, das pessoas com deficiência, das famílias e de grupos comunitários, mediante a oferta de atividades planejadas com a participação desses segmentos. Também é necessário respeitar, apoiar e valorizar a sua participação em espaços coletivos, nas diversas esferas públicas, a exemplo de Conselhos de Direitos e de Políticas Públicas, dos movimentos sociais de luta por ampliação ou afirmação de direitos, das campanhas de sensibilização e difusão de direitos e de combate a violências e violações de direitos, entre outros.

35 Francisco Gilney Bezerra de Carvalho Ferreira, Procurador federal. Artigo: Direitos e garantias fundamentais: já podemos falar em quarta e quinta dimensões? Disponível em: <http://ambito-uridico.com.br/site/_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14263&revista_caderno=9>. Acesso em: abril/2016.

Sendo assim, a perspectiva de defesa de direito de que trata o Serviço tem a direção de tornar seus usuários alcançáveis pelos demais serviços e benefícios socioassistenciais, pelas demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, sempre que necessitarem. Para isso, a articulação intersetorial, também no âmbito dos territórios, constitui-se estratégia fundamental.

VIII. Incluir usuários e familiares no sistema de proteção social e serviços públicos, conforme necessidades, inclusive pela indicação de acesso a benefícios e programas de transferência de renda

Di Giovanni (1998, apud PNAS) entende por proteção social “as formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações”.

Nessa linha, cabe compreender que o sistema de proteção social brasileiro, na forma mais abrangente, é integrado pelas diversas políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, tendo em vista a garantia dos direitos fundamentais para todos os brasileiros (as).

No âmbito da seguridade social, o tripé protetivo é composto pela Assistência Social, Previdência e Saúde. A Assistência Social visa à garantia de três aspectos: proteção social à vida, à redução de danos e à prevenção de incidência de riscos; vigilância socioassistencial, que analisa a capacidade protetiva das famílias e, nesta, a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimização e danos; defesa de direitos, que garante o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais (Lei nº 8.742/1993, alterada pela Lei nº 12.435/2011).

Na direção da proteção social, como já dito no primeiro capítulo, para além dos serviços, a Assistência Social garante benefícios socioassistenciais, a saber: Benefício de Prestação Continuada (BPC) - para pessoas idosas a partir de 65 anos e para pessoas com deficiência, em qualquer ciclo de vida, e Benefícios Eventuais (BE) - provisões de recursos suplementares e provisórios prestados aos cidadãos e às famílias em situações especiais de fragilidade.

Além disso, o governo federal, em parceria com o Distrito Federal, estados e municípios, desenvolve programas de transferência de renda, entre os quais se destaca o Programa Bolsa Família (PBF), cujo acesso requer o cadastro das famílias no Cadastro Único dos Programas Sociais (CadÚnico), conforme critérios definidos na legislação que institui e regulamenta o programa³⁶.

A inclusão, nesses benefícios e programas, das pessoas com deficiência e das pessoas idosas que preenchem os critérios, mas que ainda não os acessaram, pode representar a sua independência econômica e a melhoria de seu padrão de vida. O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio deve contribuir com o acesso a esses benefícios e programas e também com a inclusão nas demais políticas

36 Ver Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências.

públicas, em especial, das crianças e adolescentes com deficiência que usufruem o BPC, nas escolas, nos serviços de habilitação e reabilitação, assim como das pessoas idosas nos serviços, nos serviços de saúde de que necessitam.

IX. Contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida dos usuários

Integridade pode ser vista como a qualidade de algo que não sofreu diminuição, não foi atingido, que está ileso; a inteireza do ser. No campo dos direitos humanos, o respeito à dignidade da pessoa humana, a inviolabilidade do direito à vida e à integridade constituem preceitos da Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, pode-se falar de integridade física, moral, psicológica, da intimidade pessoal, da honra, da imagem, entre outras dimensões.

Para o Estatuto do Idoso, o direito ao respeito consiste “na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais”.

A preservação da integridade remete a pensar sobre a necessidade de ações voltadas à prevenção de quaisquer formas de violências, pois toda violência fere, diminui, subalterniza, inferioriza, descaracteriza, desumaniza e atinge a integridade, em alguma dimensão. Por tudo isso, a violação do direito à integridade requer um enfoque interdisciplinar e intersetorial, pois tem repercussões importantes na saúde física e mental das pessoas, nas relações de gênero, nas relações intergeracionais e na fragilização do cuidado ou mesmo na quebra de vínculos protetivos.

Dessa maneira, a prevenção à violência contra as pessoas idosas e contra as pessoas com deficiência exige considerar as diferentes formas de configuração da violência e, por vezes, ressignificar as representações sociais existentes desses segmentos, no contexto do território e da família, de modo a privilegiar a cultura do cuidado, da proteção, da acessibilidade e do estímulo à convivência, em condições de igualdade. Para Dirce Koga (MDS, 2009), pensar na política pública a partir do território exige também um exercício de revista à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que vive nesse território.

Em relação à melhoria da qualidade de vida dos usuários, por vezes, para promovê-la, soluções mais complexas e de acesso a tecnologia assistiva deverão ser providenciadas, outras vezes, soluções práticas, de facilitação da vida diária, especialmente nas moradias deverão ser implementadas, como os cuidados de segurança; o alargamento das portas; a colocação de rampas, de suporte nos banheiros, de tapetes antiderrapantes, de corrimãos em áreas arriscadas; a melhoria da ventilação e iluminação; o acompanhamento nos deslocamentos; entre outros. Tudo isso pode contribuir para evitar a ocorrência de quedas e facilitar a mobilidade. É igualmente importante a disponibilização de tempo para a escuta e a conversa em geral, assim como a orientação sobre atitudes e comportamentos que podem implicar em riscos à qualidade de vida.

De qualquer maneira, manter ou melhorar a qualidade de vida requer antecipar mecanismos protetores para uma situação ou evento de risco, nas diversas dimensões: do autocuidado, da provisão de suporte

de cuidadores, seja familiar ou não, e da qualidade da interação com o ambiente/território. Muitas vezes, a conservação das vias; a adoção de atitudes respeitadas e cordiais de motoristas para garantir a segurança dos passageiros na subida e no interior dos veículos; o tempo maior da sinalização para a travessia mais segura nas ruas; todas essas adequações têm forte impacto na qualidade da mobilidade, pois a mobilidade e o deslocamento, mesmo quando em companhia de outra pessoa, é fundamental para a convivência social e para a qualidade de vida.

Nessa linha, é indispensável integrar-se aos fluxos intersetoriais e difundir junto aos usuários as ofertas existentes na rede de serviços.

X. Contribuir para a construção de contextos inclusivos

Os contextos inclusivos têm por base a noção de que o desenvolvimento humano requer aprendizagem, experiências e troca com o meio sociocultural e ambiental onde a pessoa vive e que a qualidade das interações e encontros, nos contextos diários, tem impacto direto no percurso do desenvolvimento.

Nesse sentido,

[...] uma sociedade inclusiva abraça todos e cada um dos indivíduos, nas suas expressões próprias, segundo as quais cada um é si próprio e diferente dos demais; abarca todos e cada um dos grupos étnico raciais, sociais e culturais; manifesta zelo pela igualdade e pela especificidade de direitos na diversidade de gênero (Plano Nacional pela Primeira Infância, 2010, p. 26).

Assim, na perspectiva inclusiva, não se pode esquecer que os espaços ou os encontros preparados para atender somente pessoas sem deficiência são tão segregadores quanto aqueles destinados ou preparados somente a pessoas com deficiência, pois terminam por reforçar a estranheza e o desrespeito à diversidade humana.

Os movimentos sociais de luta pela ampliação e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e dos direitos das pessoas idosas, nacionais e internacionais, principalmente a partir da década de 1980, são responsáveis pela superação da ideia de segregação e integração, substituindo-a pela visão transformadora de inclusão social.

A busca pela inclusão social e pela consolidação de contextos territoriais inclusivos engloba, para além de medidas e oportunidades de acesso a serviços públicos, atitudes e práticas de combate às desigualdades. Incluem também vivências, experiências e convívio sem segregação de qualquer natureza, pois as vivências inclusivas, com igualdade de condições de participação e acessibilidade ensejam sentimento de pertença, relações sociais e amizades respeitadas.

Do mesmo modo, cabe reconhecer que a forma como se olha, escuta e atende uma pessoa expressa o valor que se dá a ela, o respeito que se tem por ela, a solidariedade e o compromisso que se assume com ela (Plano Nacional pela Primeira Infância, 2012).

Nessa perspectiva, as ações do Serviço devem orientar-se sempre pela convivência inclusiva, tanto no contexto familiar quanto no territorial.

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

- ☛ **Ético-político:** relaciona-se ao compromisso pessoal, profissional e de gestão de cada uma das unidades federadas de valorizar e promover ações integradas, oferecer as melhores condições para favorecer a autonomia, a acessibilidade, a mobilização e a participação social dos usuários e suas famílias.
- ☛ **Técnico-metodológico:** diz respeito a primar por intervenções e práticas planejadas e embasadas em aportes interdisciplinares e de conhecimento e reconhecimento das pessoas, de suas famílias, do território e das redes de proteção e defesa de direitos existentes. A capacitação da equipe e construção de Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU são aportes de suma importância para as pactuações de convivência entre Serviço e usuários.
- ☛ **Qualificação da proteção e do cuidado no contexto familiar e territorial e do autocuidado**³⁷ (usuário e cuidador (a) familiar - relaciona-se com a ideia de que, para aquelas pessoas que não conseguem realizar, com plena autonomia, as atividades básicas da vida diária ou as atividades de convívio social, o suporte do Serviço embora centrada no usuário não pode deixar de considerar as necessidades do cuidador(a) familiar, vez que a qualidade do cuidado³⁸ ofertado no contexto familiar e no convívio comunitário são essenciais à qualidade de vida de ambos.
- ☛ **Permanente reflexão das equipes sobre todas as formas de preconceitos e discriminação:** trata-se de manter a atenção para as questões de gênero, etnia, raça/cor, culturas, religiões, regionalidades, condições sociais e econômicas, orientação sexual, deficiência e velhice.
- ☛ **Em hipótese alguma, a oferta de proteção e cuidado pelo Serviço no domicílio pode ser utilizada como forma de controle da organização e da dinâmica familiar:** é importante atentar-se para que as intervenções profissionais não configurem nenhum tipo de controle, seja do uso de renda auferida por meio do acesso a benefícios previdenciários, socioassistenciais ou de programas de transferência de renda, entre outros.
- ☛ **Consentimento da família (usuário, cuidador familiar):** a oferta do Serviço no ambiente do domicílio, não pode ser imposta, pois o contexto das relações familiares deve ser respeitado. É recomendável que toda a família esteja ciente da dinâmica e da responsabilidade do Serviço. De igual modo, é de suma importância o consentimento, assim como o agendamento/consentimento, assim como o agendamento prévio do atendimento, para que todos se sintam confortáveis. Vale ressaltar o preceito constitucional de que a casa é o espaço

37 Autocuidado refere-se ao cuidado de si próprio, seja para manter-se saudável, sentir-se bem, ter autoestima, estabelecer relações respeitadas, manter-se ativo, preservar a vida, entre outras finalidades.

38 Qualidade do cuidado significa contar com cuidado adequado e satisfatório, na forma e no tempo de que necessitar.

inviolável do indivíduo, assim, ninguém nela pode penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito, desastre, para prestar socorro ou, durante o dia, por determinação judicial (art. 5º, CF/1988).

3.7. Domicílio – vínculo residencial e territorial

A definição de domicílio é tratada na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil Brasileiro e afirma que “o domicílio da pessoa natural é o lugar onde ela estabelece a sua residência com ânimo definitivo” (art.70)

O IBGE, em relação ao Censo Demográfico, considera domicílio “o local estruturalmente separado e independente, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas ou que esteja sendo utilizado como tal. Pode ser particular ou coletivo”.

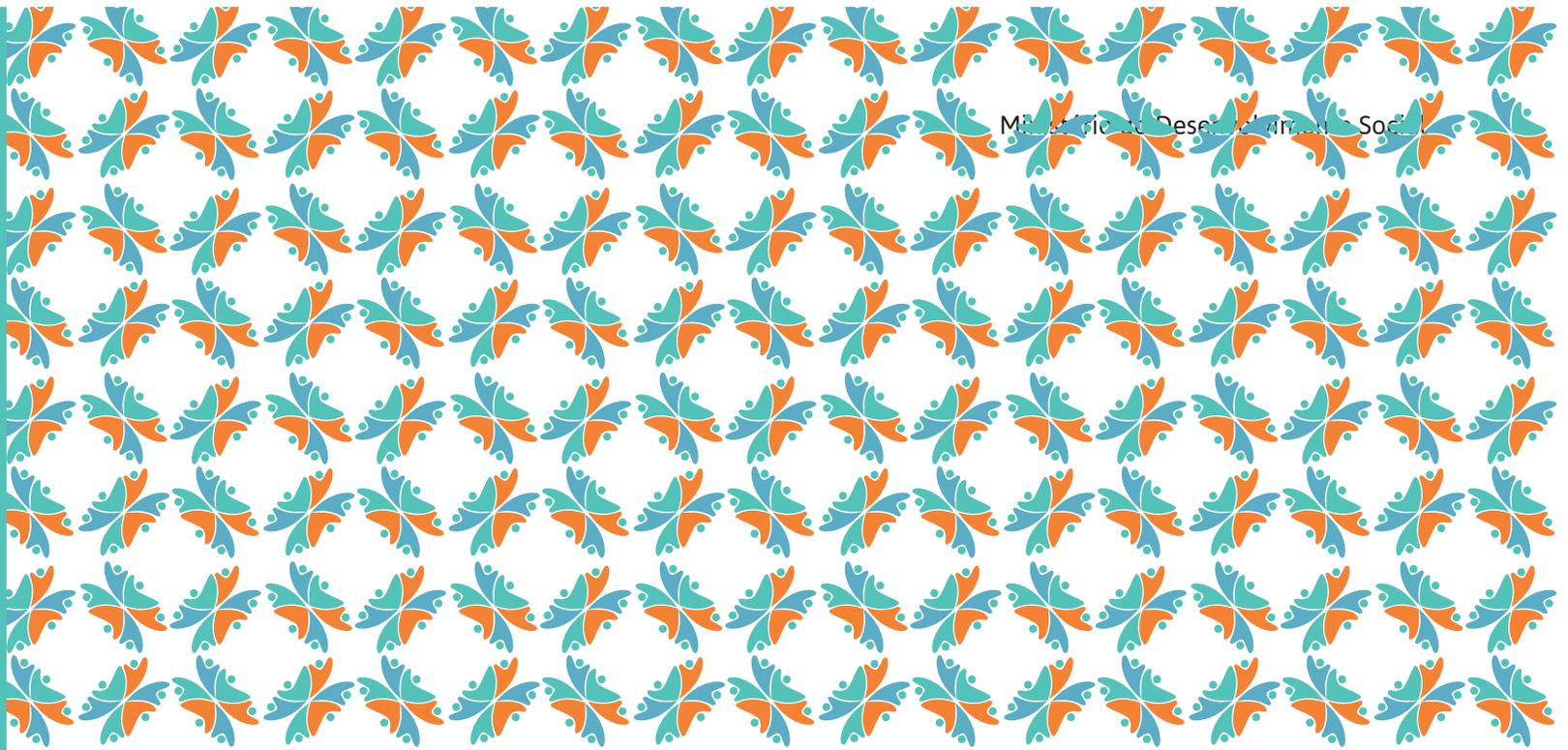
O domicílio da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência é o local que se destina a servir de habitação/moradia, ou seja, a residência. Sendo assim, quando a pessoa idosa ou a pessoa com deficiência muda de residência, implica mudança do domicílio civil. Isso pode demandar a reorganização do trabalho da equipe do Serviço, considerando o território da nova moradia.

Vale ressaltar que as unidades de acolhimento coletivo de pessoas com deficiência e pessoas idosas, como os abrigos institucionais ou casas-lares, residências inclusivas (espaços de oferta dos serviços de acolhimento em geral), espaços de atendimento em saúde (hospitais e outros), locais de reclusão/encarceramento (presídios), embora sejam considerados domicílios para as pessoas que neles habitam, não serão locais para o atendimento direto do Serviço. O Serviço, no entanto, pode manter articulações para a troca de experiências e informações, na perspectiva de ampliar estratégias que garantam direitos de convivência e fortalecimento de vínculos, acesso a serviços e a benefícios essenciais no território, como direito de cidadania.

Para efeito do trabalho social do serviço, faz-se importante considerar também o domicílio territorial – bairro, comunidade, região - onde a pessoa mora, tem uma presença física na localidade, vínculos de pertencimento ou mesmo vínculos ligados às suas origens, às raízes familiares ou às atividades profissionais. Por vezes, é a partir dessa base territorial que o cidadão organiza sua dinâmica de trabalho, de relações com a vizinhança, de acesso ao lazer e à cultura, enfim, de acesso às políticas públicas, em geral. E ainda é de onde responde junto aos órgãos de Justiça, aciona a defesa de seus direitos, inclui-se e é incluído em movimentos sociais de luta por ampliação e garantia de direitos coletivos.

O domicílio territorial é um lugar não menos importante que o “domicílio-residência”, para o cidadão sentir-se acolhido, pertencente, respeitado, protegido e cuidado. Especialmente, porque a concepção de território vai muito além do espaço geográfico, incluindo vários aspectos, como a compreensão dos modos e significados de organização e ocupação do espaço, a sua dinâmica cultural e política, entre outros. Sendo





assim, no território, se expressam desigualdades, fatores de desproteção e de proteção que têm impacto nos vínculos e na convivência social dos moradores.

Nessa direção, ao Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, cabe desenvolver estratégias e ações que possam contribuir para que famílias, cidadãos e territórios ampliem suas capacidades protetivas em relação às pessoas idosas e às pessoas com deficiência. Assim, a partir dos aportes do serviço, implicados com os aportes familiares e territoriais, pode-se traduzir a proteção social pautada na família, sociedade e estado, cuidando das pessoas.

CAPÍTULO IV

Proteção e Cuidado
Social no Domicílio

Território Protetivo

Trabalho em Rede

4. Eixos que orientam a concepção e a organização metodológica do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas

A concepção metodológica do Serviço pode ser organizada a partir de três eixos inter relacionados. O objetivo não é oferecer “receitas” ou o “como fazer”, pois, conforme já foi apontado anteriormente, cada contexto tem suas singularidades e, assim sendo, demanda seu próprio caminho. Todavia, é por reconhecer a pluralidades dos contextos que se faz importante algumas referências orientadoras.

Esses eixos devem contribuir para orientar a organização metodológica, a gestão, o planejamento do Serviço e a organização do trabalho da equipe de referência.

A definição dos eixos tem por base a organização do conteúdo pensado na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, em relação ao trabalho social essencial ao serviço, e também os subsídios levantados de algumas práticas de execução do Serviço, em alguns municípios visitados, em 2010, como atividade de uma consultoria contratada pelo MDS. Esses subsídios apontam intervenções, com base no domicílio, no território e em rede.

Os eixos apontam as diretrizes ou linhas de ação do Serviço a partir do olhar sobre as dinâmicas: do território, do contexto familiar e da rede de proteção. Tem o intuito de facilitar a compreensão operacional do serviço pelos profissionais e usuários, assim como contribuir para a construção de indicadores de monitoramento e avaliação. Embora cada eixo aponte um conjunto de possibilidades de ações ou estratégias, esses eixos e ações estão inter-relacionados e, no seu conjunto, convergem para o alcance das aquisições previstas na Tipificação em relação os usuários.

4.1. Eixo I – Proteção e Cuidado Social no Domicílio

Inicialmente, cabe afirmar que as ações do Serviço no ambiente do domicílio de pessoas com deficiência e de pessoas idosas não substituem as responsabilidades mútuas, entre os membros da família, nem os cuidados familiares, nas suas múltiplas dimensões (física, material, emocional, espiritual, relacional). Muito pelo contrário, devem contribuir para orientar e apoiar os esforços das famílias no desenvolvimento de atividades de proteção e cuidados que favoreçam vínculos protetivos, autocuidado, autonomia e participação social dos usuários, considerando inclusive a perspectiva do reconhecimento e da valorização da rede de parentesco, vizinhança e solidariedade. Considera-se que a proteção e cuidado da família, em princípio, é a melhor opção, seja para as pessoas independentes ou com algum grau de dependência de cuidado de terceiros.

As atividades do Serviço no ambiente domiciliar pressupõem um espaço mais tranquilo e confortável para o usuário e seus familiares que apresentam dificuldades de locomoção ou estão vivenciando singularidades que as impedem ou dificultam o acesso à rede, favorecendo o apoio e a orientação quanto aos seus direitos e planejamentos da rotina da vida diária, e suporte temporário enquanto superam as situações de risco e vulnerabilidade.

Igualmente, deduz-se que, para além de interagir com seu meio e realizar escuta mais reservada, a equipe pode ter um olhar mais ampliado acerca das relações familiares, da ambiência de vizinhança, da relação

da família com os serviços do território e da capacidade atual de acesso a eles. Pode contribuir, por vezes, para a realização de encaminhamentos mais assertivos, a partir do conhecimento mais aprofundado das necessidades das famílias e da estrutura que elas dispõem para fazer frente a essas.

Sendo assim, as ações no domicílio requerem da gestão do Serviço considerar, no seu planejamento, a heterogeneidade das situações e os diversos perfis das pessoas com deficiência e idosas e das suas famílias, assim como o reconhecimento do nível relacional de autonomia, inerente à ligação entre o cuidador e a pessoa cuidada. Alguns grupos podem demandar orientações mais específicas sobre o acesso a direitos e/ou planejamento de rotina; outros, podem requerer suporte frequente de orientação aos cuidados familiares; outros grupos, ainda, podem demandar mais orientação e apoio ao cuidador (a); alguns, aporte direto de cuidados às atividades da vida diária, em particular, das atividades instrumentais (convívio); outros, suporte temporário, enquanto superam uma determinada situação. Ainda podem haver grupos de pessoas independentes e autônomas, cujas demandas estão mais relacionadas a vulnerabilidades econômicas, de interação social, prevenção de isolamento social, entre outras.

Vale ressaltar que o Serviço destina-se a dois segmentos que, embora possam apresentar situações de vulnerabilidades ou ameaças de riscos pessoais e sociais com alguma semelhança, reúnem singularidades. As pessoas idosas podem demandar constantemente alguma mediação das relações intergeracionais. As pessoas com deficiência, por sua vez, a depender do ciclo de vida, do gênero, do tipo de deficiência e do grau de limitações decorrentes, podem requerer suportes profissionais diferenciados, assim como demandar da equipe do Serviço o aprofundamento de cada tipo de deficiência para definir melhor a metodologia de interação com a pessoa e com sua família. O importante é atentar-se para não abrir espaços para estratégias segregadoras, pois não se pode, de maneira alguma, fortalecer desigualdades.

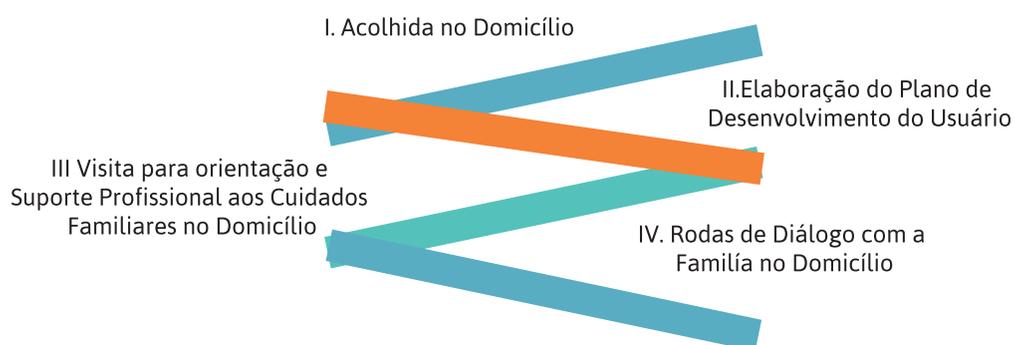
A regularidade e a frequência da oferta no domicílio podem favorecer a identificação de sinais ou indícios de situação de violência e/ou violação de direitos nas relações intrafamiliares. Nessas situações é importante que a equipe técnica do Serviço com o devido cuidado e celeridade promova o estudo do caso, se necessários com o apoio do PAIF e do PAEFI, a fim de dar o encaminhamento mais assertivo possível, seja para o CREAS ou para outros serviços e órgãos de proteção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e idosas, em acordo com a legislação, no sentido de interromper qualquer ameaça ou violação de direitos.

Vale ressaltar que a ação do Serviço no domicílio ou a partir do domicílio do usuário deve mirar a concretização das aquisições previstas na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, quais sejam: a preservação da identidade, da integridade da história dos usuários; o reconhecimento e a acolhida de suas reais demandas, interesses, possibilidades e capacidade para fazer escolhas e agir; a ampliação do acesso a benefícios socioassistenciais, a programas de transferência de renda e a outros direitos sociais. O Serviço deve oportunizar, sobretudo, a vivência de experiências que contribuam para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; a expressão de opiniões, reivindicações; a ampliação de autonomia e independência; o desenvolvimento de autoestima; a construção de projetos pessoais; a promoção da inserção e do convívio social, entre outros.

A partir dessas reflexões, apresentam-se algumas possibilidades de ações ou estratégias de intervenção do Serviço no ambiente do domicílio para a melhor orientação da gestão e da(s) equipe(s). As ações aqui

concebidas estão intrinsicamente relacionadas à sua gestão e operacionalização, seguem os princípios da interdependência, da flexibilidade e do respeito às singularidades familiares, territoriais e regionais.

São quatro caminhos ou pistas orientadoras da organização didático-metodológica do eixo de proteção e cuidado no domicílio.



4.1.1. Acolhida no domicílio

Primeiramente, cabe ressaltar que a acolhida como segurança afiançada pelo SUAS é inerente a todos os espaços e serviços socioassistenciais³⁹ e pressupõe ter atenção e zelo para com os seus diversos aspectos, desde as instalações físicas até a ação profissional. Assim, constitui direito socioassistencial do usuário desse Serviço ser acolhido por profissionais qualificados e capacitados e receber explicações sobre o Serviço e seu atendimento, de forma clara, simples e compreensível, assegurando o reconhecimento das pessoas idosas e das pessoas com deficiência como sujeitos de direitos. Como postura receptiva e atenciosa, a acolhida é pressuposto de todas as intervenções profissionais e processos de trabalho desenvolvidos com as famílias, indivíduos, grupos e redes locais.

Na perspectiva de uma ação de proteção e cuidado no domicílio/residência da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência, a acolhida no domicílio tem como intencionalidade estabelecer, sem julgamentos e preconceitos, um clima de diálogo o mais horizontalizado possível, de confiança, de respeito ao espaço privado e de escuta qualificada das reais necessidades de proteção e cuidados dos usuários e das singularidades do seu contexto familiar e territorial. A escuta da acolhida no domicílio pode incluir, quando o contexto permitir, vizinho (a)s e amigo (a)s, sempre pautada no respeito à autonomia das famílias.

A acolhida no domicílio pode estender-se para além do primeiro atendimento do usuário pelo Serviço. Corresponde aos momentos necessários de escuta qualificada, para conhecer as potencialidades e reconhecer as demandas e direitos, a partir da fala do usuário e de sua família, na dinâmica do ambiente de convívio familiar.

Esses momentos de atendimento inicial devem possibilitar a compreensão do perfil da pessoa com deficiência ou da pessoa idosa e da família, a avaliação e o entendimento dos diversos significados das demandas apresentadas, para o registro e a definição da linha de base das necessidades de apoio ao

39 Ver NOB - SUAS, 2012, art. 4º, sobre as seguranças afiançadas pelo SUAS.

usuário, inclusive de descanso do cuidador (a) familiar para prevenir e/ou superar cansaço, sobrecarga, desgastes na relação de cuidado, momentos estressantes ou dificuldades decorrentes do adoecimento temporário do cuidador (a).

Essa escuta linha de base deve ser utilizada como referência para demarcar a adesão do usuário e da família ao serviço, bem como para definir a periodicidade do atendimento domiciliar, para orientar a elaboração inicial do PDU, para organizar a atuação dos profissionais (técnicos e profissionais de nível médio); e, ainda, como parâmetro para a avaliação periódica do Serviço.

A compreensão do contexto em que a pessoa ou sua família acessou o Serviço deve ser considerada na acolhida no domicílio. Isso pode evitar desconfortos ou mesmo constrangimentos. Nos casos em que a equipe já conhece o perfil da pessoa idosa ou da pessoa com deficiência e de sua família ou já tenha informações fundamentais sobre a dinâmica e as demandas da família e de seus membros, a acolhida no domicílio pode requerer apenas um encontro.

É da mesma forma importante reconhecer e valorizar todas as informações advindas dos serviços e programas que atendem ou já atenderam a pessoa e sua família, inclusive, do Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚnico), do Programa Bolsa Família (PBF) e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), quando for beneficiário.

Quando o acesso ao serviço incluir medidas protetivas, aplicadas pelos órgãos de defesa de direitos, a exemplo do Conselho Tutelar, no caso de criança ou adolescente com deficiência, ou do Ministério Público, no caso de pessoas idosas, é imprescindível esclarecer, na acolhida no domicílio, o sentido da medida e seus desdobramentos junto aos referidos órgãos de defesa, quando for o caso.

Nesses momentos, a atitude dos profissionais deve demonstrar o dever do Estado de proteger os direitos dos usuários, inclusive o direito ao sigilo e à privacidade sobre suas narrativas, e também de reconhecer a autonomia e a capacidade das pessoas de decidirem sobre suas vidas.

Por meio da acolhida no domicílio, deve ser esclarecido, em linguagem acessível e no ritmo dos usuários - pessoa cuidada e cuidador (a), o que é o serviço, as ações que podem ser desenvolvidas no ambiente familiar e no território e a necessidade de adesão da pessoa e/ou de sua família ao Serviço. O usuário e a família devem ser convidados a participarem do Serviço, como forma de respeito à sua autonomia e à capacidade de posicionar-se pela inclusão ou não no Serviço.

A acolhida no domicílio não pode se resumir a preenchimento de fichas e a levantamento de dados. Muito pelo contrário, é um espaço de escuta para acolher a fala, as impressões, os significados, o simbolismo das vivências e das limitações e o protagonismo dos usuários e famílias, a partir do seu olhar, principalmente. Essa escuta, menos diretiva e mais qualitativa, pode favorecer a construção de vínculos de confiança e a identificação dos recursos e potencialidades dos usuários, da família e do território. Constitui, assim, ação primordial na garantia de acesso ao Serviço como direito de cidadania.

A acolhida no domicílio deve ser planejada cuidadosamente para que a pessoa com deficiência e a pessoa idosa e sua família sintam-se respeitadas e apoiadas. Poderá ser realizada por meio de diversas

metodologias, a exemplo de escuta individualizada do usuário, rodada de conversa, reunião com o grupo familiar, acompanhamento do usuário em uma caminhada, entre outras. Também pode envolver mais de um profissional da equipe técnica. A decisão, tanto pela organização da atuação da equipe técnica quanto pela metodologia mais adequada, cabe à própria equipe. Essa decisão deve considerar sempre o que for mais adequado à situação do usuário. Nesse sentido, é preciso sempre lembrar que o diferencial de uma metodologia é a sua fundamentação técnica, sua intencionalidade, operacionalidade e acessibilidade junto aos envolvidos. É fundamental ter em vista que a acolhida no domicílio implica em conversas no ambiente doméstico, portanto, o respeito e adequação ao ambiente disponível são essenciais, assim como evitar encontros demorados e cansativos, em respeito ao ritmo e ao tempo da(s) pessoa(s).

Considerando que a acolhida no domicílio deve ser realizada pelos profissionais de nível superior do Serviço, recomenda-se um encontro de acolhida no domicílio com a presença do técnico e do profissional de nível médio que compõe a equipe do Serviço e que será inserido nas visitas e atividades de orientação aos cuidados familiares no domicílio. Este momento, para além de permitir a apresentação desse profissional, também tem o sentido de permitir a sua acolhida pelos usuários no domicílio.

4.1.2. Elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU)

O PDU é um instrumento técnico de acompanhamento e desenvolvimento do usuário, corresponde ao planejamento particularizado do acompanhamento de cada usuário a partir de suas demandas, singularidades e dos objetivos a serem alcançados. O PDU estrutura o trabalho social do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, com cada usuário e sua família. É elaborado a partir do conhecimento de contextos, consensos, combinados, compromisso e responsabilidades assumidas de ambas as partes: Serviço, usuário, cuidador (a) e família - também as redes de apoio existentes no território. No caso de o usuário morar sozinho⁴⁰, é necessário consensuar com ele (a) o envolvimento da família na elaboração do PDU; essa atitude traduz-se em respeito à sua autonomia.

Na elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário, é essencial atentar-se para o respeito à autonomia dos usuários. Por vezes, para avançar no desenvolvimento do PDU, faz-se necessário pactuar ações ou intervenções profissionais conjuntas com outros serviços socioassistenciais, com outras políticas públicas e se for o caso, com órgãos de defesa de direitos. Nessa direção, na elaboração do Plano, é decisivo valorizar e reconhecer os recursos e potencialidades da pessoa, da família e do território.

O PDU inclui um conjunto de informações que norteia o trabalho profissional, tanto no planejamento quanto na intencionalidade e previsibilidade de ações. Na sua elaboração algumas questões precisam

40 A pessoa que mora sozinha, para efeito do Serviço, pode ser compreendida como família unipessoal.

ser bem esclarecidas com o usuário e sua família, para não gerar expectativas para além da missão do Serviço. A princípio, é importante entender:

- ☞ a disponibilidade de tempo para o agendamento dos encontros, contatos, atendimento;
- ☞ o conjunto de atividades a serem desenvolvidas no domicílio e no território e a atuação dos profissionais do serviço;
- ☞ a relação do Serviço com os demais membros da família e com o território;
- ☞ a complementariedade do atendimento familiar com o PAIF e as possibilidades de participação da pessoa no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- ☞ o acesso a benefícios, seja ao BPC ou a benefícios eventuais;
- ☞ os encaminhamentos a outros serviços e programas, quando for o caso.

O PDU deve ser um documento simples, didático e com linguagem acessível e objetiva, sem anotações que demandam sigilo ou possam desmotivar a contribuição dos envolvidos. Não é somente um documento técnico, é um documento que dá a direção político-metodológica e participativa aos envolvidos. Por isso, deve ser um documento acessível, que permita clareza na interpretação das informações e o acompanhamento do andamento das ações.

O PDU não pode ser rígido. É essencial promover os ajustes e as readequações necessárias à medida que a dinâmica do trabalho e da vida do usuário apresentarem novos elementos - como novas dificuldades, descobertas de potencialidades e habilidades individuais e familiares -, assim como ao verificar algum movimento das redes locais em função do surgimento de novos serviços ou parceiros. É importante que essa flexibilidade esteja clara para todos.

A metodologia ou a maneira de elaboração do PDU deve ser a que mais se adequar à participação do usuário, do seu cuidador familiar e dos membros da família envolvidos no atendimento. A escolha metodológica cabe à equipe. Por exemplo, podem ser combinados encontros familiares somente com esse fim, mas também pode-se optar por uma elaboração mais processual, nos meses iniciais à adesão ao Serviço. O importante é, a partir das necessidades identificadas na acolhida no domicílio, construir os consensos sobre os apoios necessários para a diminuição das vulnerabilidades, os apoios possíveis de serem ofertados, as ações essenciais, os compromissos das partes, as parcerias a serem construídas e a periodicidade dos acompanhamentos pelo Serviço. Sendo possível, deve-se evitar o uso de nomenclaturas e questões genéricas ou só compreendidas pelos técnicos, como “vulnerabilidade em relação a dificuldades de deslocamento”; em vez desta expressão, utiliza-se, por exemplo, “dificuldade de sair sozinho para pagar suas contas”. A linguagem facilita a comunicação sobre o plano.

O PDU, também deve ser o instrumento que apontará a perspectiva da temporalidade do atendimento do usuário pelo Serviço. Recomenda-se que a cada três meses, diante de avaliações participativas, definam-se as projeções de permanência. Essa previsibilidade pode ajudar no planejamento tanto do serviço quanto do usuário.

Cada pessoa tem sua história e sua dinâmica cotidiana, portanto, cada PDU tende a ser único. Todavia, alguns elementos gerais podem ajudar na organização de cada Plano. Sugere-se, nesse sentido, observar:

- ☛ a identificação do usuário;
- ☛ as principais necessidades de apoio e os objetivos a alcançar;
- ☛ a forma de acesso ao Serviço (origem e motivação do encaminhamento, se por medida protetiva, por busca ativa, PAIF, PAEFI, rede privada de Assistência Social, serviços de saúde, de educação, entre outros). Entender a origem do encaminhamento é importante, embora todos os encaminhamentos diretos ao serviço sejam concentrados no CRAS, tendo em vista demarcar sua referência no território;
- ☛ a condição de dependência (atividades básicas, atividades instrumentais), isto é, se tem alguma dificuldade ou redução da autonomia para a realização dessas atividades;
- ☛ as questões que demandam superação mais rápida para resguardar dignidade, integridade e qualidade de vida (do ambiente da pessoa idosa ou com deficiência ou do cuidador e da família) e resoluções e/ou aquisições desejadas/esperadas;
- ☛ as questões que demandam superação a médio ou longo prazo e resoluções ou aquisições desejadas/esperadas;
- ☛ o suporte de apoio que já dispõe (o usufruto de benefícios, a adesão em programas de transferência de renda, a participação no Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, na estratégia de Saúde da Família, a frequência à escola inclusiva; além disso, se há cuidador familiar, se tem acesso à tecnologia assistiva, se conta com apoio da família extensa, de vizinhos, de amigos, etc.);
- ☛ as demandas de apoio de outros Serviços/ações socioassistenciais;
- ☛ as demandas de apoio das redes intersetoriais (outras políticas ou órgãos de defesa de direitos);
- ☛ os compromissos, combinados, consensos, responsabilidades do usuário, conforme sua condição, bem como do cuidador familiar, de outros familiares e do próprio serviço;
- ☛ as barreiras ambientais (moradia e entorno) e estratégias de enfrentamento e resolução;
- ☛ a forma de acompanhamento das ações e compromissos, a definição da periodicidade, considerando a expectativa de previsibilidade de tempo e dos envolvidos.

Esses elementos podem subsidiar a elaboração do PDU, mas não significa que todos os planos devem tratar de todas essas questões. Cabe novamente reafirmar que o PDU deve ser um instrumento simples e didático. Cabe à equipe técnica coordenar a sua elaboração.

4.1.3. Visita para orientação e Suporte Profissional aos Cuidados Familiares no Domicílio

Essa ação ou estratégia consiste na realização de acompanhamento à pessoa idosa e à pessoa com deficiência no domicílio, por meio de visitas domiciliares ou encontros sistemáticos e periódicos tendo por base o desenvolvimento do PDU. A decisão pela metodologia da visita domiciliar ou encontro cabe à equipe do Serviço, pois cada visita ou encontro para cada usuário e seus familiares deve ter objetivo e intencionalidade definida por meio de planejamento.

Alguns indicativos ou pilares podem orientar o conteúdo das visitas domiciliares ou encontros: acesso à informação e a acolhida de dúvidas sobre as ofertas do SUAS (serviços, programas e benefícios);

identificação de necessidades, orientação e promoção de encaminhamentos monitorados à rede no território para acesso a direitos; acesso à escuta qualificada (usuário e seu cuidador(a) familiar); promoção de atividades orientadas de estímulo à autonomia, desenvolvimento do convívio e participação social (usuário e seu cuidador(a)); desenvolvimento de atividades para ampliação da rede de apoio (familiares e vizinhanças); oferta de atividades lúdicas e de qualificação das relações de cuidado familiar e territorial.

A acolhida no domicílio e o PDU darão a direção da periodicidade das visitas ou encontros que pode variar em função do conjunto de necessidades identificadas e avaliadas pela equipe do Serviço, cabendo a esta decidir com os usuários e o cuidador(a) familiar a programação mais adequada. **Recomenda-se a organização de visita ou encontro semanal, quinzenal ou mensal, garantindo regularidade e previsibilidade.** Em relação ao tempo de duração da cada visita/encontro pode ser planejado em horas por dia, por semana ou por turnos. É fundamental que a periodicidade e o tempo sejam definidos considerando-se o perfil do usuário e da família. No caso de mais de um usuário com deficiência ou de pessoa idosa no mesmo domicílio, os horários podem ser estendidos ou alternados a fim de oportunizar o atendimento de cada um no seu ritmo e singularidade.

As visitas domiciliares ou encontros sistemáticos podem ser realizados pelos profissionais de nível superior do SUAS e/ou pelos profissionais reconhecidos para o desenvolvimento de ocupações de nível médio, a saber: cuidadores sociais, educadores e orientadores sociais desde que capacitados e sob a orientação técnica dos profissionais de nível superior. Essa orientação pode ser realizada por metodologias diversas, inclusive por meio de escutas individualizadas, reuniões periódicas e o acompanhamento de alguma visita ou encontro no domicílio.

Cabe reafirmar que as atividades desenvolvidas pelo Serviço no Domicílio não substituem a proteção e os cuidados familiares. Porém, em algum momento, o suporte e o apoio prestados pelo profissional ao usuário podem representar um momento de descanso e autocuidado (“respiro”⁴¹) para o (a) cuidador (a) familiar.

Ao planejar as visitas ou encontros, é importante ter em vista os diversos perfis dos usuários, a exemplo de:

- ☞ pessoas com deficiência em ciclos de vida diferentes (criança, adolescente, adulto), em função dos quais decorrem orientações e cuidados singulares;
- ☞ pessoas que, embora independentes para as atividades da vida diária, apresentam iminência de riscos de isolamento social ou de outras situações de riscos ou ameaças de violação de direitos;
- ☞ pessoas com déficit de autonomia ou na condição de dependentes para realizar as atividades instrumentais, ou seja, para realizar tarefas, como: fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais ou religiosos, visitar um parente ou amigo, usar meio de transporte sozinho,

41 Algumas vezes, a responsabilidade pelos cuidados à pessoa idosa ou à pessoa com deficiência que necessita de apoio de terceiros é assumida sozinha por um cuidador. Este, para além do peso emocional, soma a essa tarefa outras atividades do dia a dia, o que gera, por vezes, sobrecarga e estresse. O suporte de outro cuidador ou mesmo de um profissional do Serviço pode representar um respiro para que cuide de si mesmo.

- frequentar espaços públicos, comunicar-se junto a órgãos públicos, cuidar adequadamente da própria saúde e manter a sua integridade e segurança;
- ☞ pessoas dependentes para as atividades básicas da vida diária, como vestir-se, tomar banho, alimentar-se, etc;
 - ☞ pessoas que moram sozinhas e não contam com cuidadores familiares e apresentam riscos de isolamento social;
 - ☞ pessoas idosas com vínculos familiares fragilizados por conflitos intergeracionais;
 - ☞ pessoas com deficiência e pessoas idosas, pertencentes a grupos culturalmente diferenciados, reconhecidos como Povos e Comunidades Tradicionais.

Cabe à gestão, em função do diagnóstico do(s) território(s), identificar e definir os grupos populacionais e as atividades de apoio dos profissionais do Serviço para atendê-los. Os usuários devem ser organizados por proximidade de moradia e/ou facilidade de deslocamento dos profissionais.

Nessa perspectiva, as visitas ou encontros para a orientação e o suporte aos cuidados familiares no domicílio pode incluir um conjunto de saberes e atividades acessíveis aos usuários (pessoa cuidada e cuidador(a)), a saber:

- ☞ a oferta de momentos de escuta ou de conversa com a pessoa com deficiência ou idosa;
- ☞ a socialização e a comunicação de informação sobre acesso a direitos;
- ☞ a acolhida de dúvidas sobre o SUAS e sobre o acesso à rede;
- ☞ o apoio e a orientação no planejamento e organização da rotina da pessoa com deficiência ou idosa, visando estimular a autonomia, a participação social e o fortalecimento da proteção mútua entre os membros da família;
- ☞ o apoio ao cuidador(a) familiar, dedicando momentos para a sua escuta, orientação, reconhecimento de direitos, estímulo à troca de vivências com outros cuidadores(as), de modo que não se perceba sozinho;
- ☞ a orientação aos usuários e cuidadores familiares sobre o acesso à documentação pessoal e à tecnologia assistiva, quando for o caso;
- ☞ o apoio à realização de atividades envolvendo a pessoa com deficiência ou a pessoa idosa, o cuidador(a) e/ou outros familiares no espaço do domicílio, como: apoiar e orientar os cuidados com a organização de espaços acessíveis na moradia; apoiar e orientar a organização da higiene do ambiente, o acesso à alimentação e a adoção de hábitos alimentares saudáveis; dar suporte nas atividades de autocuidado, como vestir-se, alimentar-se, tomar sol, deslocar-se pelo território, entre outras;
- ☞ a identificação de necessidades e o repasse de informação sobre a rede de serviços existentes, com a indicação de endereços e pontos de referência e a realização de encaminhamentos à rede, quando for o caso, entre outras;
- ☞ a organização de momentos lúdicos no domicílio, em especial, no caso do atendimento a crianças e adolescentes com deficiência;
- ☞ o estímulo à mobilização de cuidadores-colaboradores, junto à família ampliada/extensa, à vizinhança ou junto ao círculo de amigos da pessoa;
- ☞ o estímulo à participação de cuidadores e familiares nos encontros do território e nas atividades de mobilização para a cidadania, e nos espaços de controle e participação social;

- ☞ o auxílio no monitoramento dos encaminhamentos realizados para o acesso a serviços, programas, projetos benéficos, transferência de renda, ao mundo do trabalho por meio da escuta das pessoas encaminhadas e/ou o auxílio na realização de contatos com as políticas afetas aos encaminhamentos realizados;
- ☞ o apoio ao cuidador(a) familiar para que esse(a) possa dispor de momentos de descanso, autocuidado e de acesso a direitos, de forma planejada no PDU, de acordo com as singularidades das necessidades do cuidador e pessoacuidada;
- ☞ o apoio e o acompanhamento, quando necessário, a usuários, nas atividades externas, como: acompanhar em uma caminhada, numa ida ao banco, ao grupo de convivência, ao supermercado, à padaria, à quitanda/mercearia, ao teatro, ao cinema; ler, interpretar e organizar documentos; organizar horários e lembretes para a ingestão de medicação; dar um telefonema; orientar sobre como lidar com as finanças; organizar o horário das refeições; fazer companhia em um evento social ou religioso; organizar umaroda de conversas com vizinhos e amigos; entre outros;
- ☞ a realização dos registros das atividades executadas no domicílio, para o compartilhamento de informações com a equipe técnica e para permitir o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação do Serviço;
- ☞ a realização de outras atividades voltadas à qualificação das relações de cuidado familiares, ao reconhecimento de direitos dos usuários e dos cuidadores familiares, ao desenvolvimento da autonomia, de acordo com as diversidades e singularidades do contexto familiar e territorial, desde que não extrapole o escopo das ofertas do Serviço.

No caso das pessoas na condição de dependência para a realização das atividades básicas da vida diária – como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deitar-se, realizar higiene pessoal, levantar-se, entre outras -, o profissional do Serviço pode apoiar o cuidador(a) familiar, quando necessário ou diante de um imprevisto ou urgência no momento da visita, porém, não deve assumir sozinho a prestação dos cuidados, sem a presença de algum cuidador(a) familiar. O apoio a pessoas com dependência para as atividades básicas pressupõe a presença de um cuidador(a) familiar identificado.

Ao identificar pessoas sem cuidadores familiares e na condição de dependência de terceiros para as atividades básicas - ou significativa redução ou perda da autonomia para realizar seu autocuidado -, cabe ao profissional articular-se, por meio do CRAS, com o CREAS, demais serviços da rede e os órgãos de defesa de direitos para estudar a possibilidade da sua inserção em serviços de acolhimento, caso seja a melhor alternativa.

A autonomia e a independência da pessoa devem ser sempre respeitadas, preservadas e, sobretudo, fortalecidas. Cuidar e apoiar não significa fazer no lugar do outro, e sim, fazer com o outro ou mesmo só estar com o outro. Portanto, é importante tratar a pessoa de acordo com suas habilidades e capacidades, sempre atento para não confundir dependência ou dificuldade com incapacidade. Deve-se sempre estimular e incentivar a pessoa a cuidar-se e a fazer o que sabe e o que pode, visando expandir capacidades, superar dificuldades e nunca a se sentir intimidado a prosseguir e a ousar.

A pessoa que cuida deve estar atenta para conhecer e reconhecer as atividades que a pessoa cuidada pode fazer sem colocar em risco sua segurança e saúde. Deve também considerar que pessoas adultas com deficiência e pessoas idosas, geralmente, não gostam de ser infantilizadas, tratadas como crianças.

Convém lembrar que cada pessoa tem sua história, seu ritmo e hábitos. É importante considerar tudo isso no planejamento das atividades no domicílio. Igualmente, cabe atentar-se para os cuidados decorrentes de ocorrências ou agravos em saúde e nunca se ariscar na realização de procedimentos de competência dos profissionais da rede de saúde, mesmo que o trabalhador da Assistência Social seja também um profissional com atuação na área de saúde, pois não cabe ao Serviço essa responsabilidade. Todavia, as necessidades de saúde devem ser consideradas, pois influenciam nas relações de cuidado e de vínculos protetivos em geral.

4.1.4. Rodas de diálogo com a família no domicílio⁴²

Para a Política de Assistência Social, segundo a diretriz da matricialidade sociofamiliar, todas as ações do SUAS devem considerar a centralidade na família. Essa perspectiva tem a direção de garantir a proteção da família pelo Estado, para que esta possa ser protetora dos seus membros. Essa proteção ultrapassa a transferência de renda, abrangendo apoios socioassistenciais que fortaleçam as tarefas cotidianas de cuidado aos seus membros e que valorizem a convivência familiar e comunitária, afinal, questões sociais diversas perpassam a dinâmica das famílias, o que pode implicar diretamente na qualidade das interações e dos cuidados aos seus membros.

Nesse contexto, incluir a família em ações que resultem na expansão ou ampliação da capacidade protetiva dos seus membros é fundamental, em particular, para as pessoas com deficiência ou pessoas idosas com limitações de acesso à rede socioassistencial no território ou com redução da mobilidade que gere dificuldades para realizar as atividades essenciais ao convívio social.

Nessa direção, a criação de espaços de diálogos (incluídos no PDU) com os membros da família incluindo aqueles que normalmente não estão presentes nas visitas sistemáticas, torna-se fundamental, tanto para aquelas famílias que apresentam maior dificuldade para prestar suporte e apoio quanto para aquelas cujas pessoas idosas e pessoas com deficiência não requerem maiores cuidados tendo em vista a prevenção de riscos.

As rodas de diálogos com a família são momentos ou encontros planejados de apoio sociofamiliar que fortalecem a interação familiar, a partir da melhor compreensão das necessidades e direitos da pessoa idosa e da pessoa com deficiência.

Os diálogos devem favorecer a valorização do saber da família e dos seus vínculos protetivos; a atualização e a ampliação do universo informacional; a mediação do diálogo intrafamiliar; a sensibilização e orientação para a melhoria ou adaptação do ambiente domiciliar; a reflexão sobre uma nova situação que envolva mudança na dinâmica da família; o acesso a direitos e os investimentos na qualidade de

42 Diálogo: conversa interativa entre duas ou mais pessoas, com propósitos didáticos.

vida de todos os que participam do cuidado com a pessoa idosa ou com a pessoa com deficiência; a troca de vivências e de ideias.

Podem contribuir, ainda, para conhecer e acolher demandas de outros membros da família, para apoiar o desenvolvimento de habilidades, de atitudes de tolerância e paciência ou para viabilizar estratégias de enfrentamento mais positivo das situações implicadas nos vínculos de cuidado. Também podem propiciar: a reflexão sobre as relações de cuidados estabelecidas e sobre a necessidade de ampliação e reorganização do cuidado intrafamiliar; a difusão de direitos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência; a desconstrução de mitos e preconceitos; a observação em relação à iminência de possíveis riscos de violências nas relações.

Em relação à (s) metodologia (s) das rodas de diálogo com a família, cabe à equipe técnica optar pela mais adequada, em função do perfil da família, da sua composição, da organização do seu tempo e do seu movimento em busca da proteção e do cuidado entre as pessoas.

Pode-se optar por trabalhar com temas geradores⁴³, relacionados à história da família, do território, temas transversais ou específicos. É possível utilizar-se de reunião com alguns familiares ou com todo o grupo familiar, realizar leitura conjunta de algum texto, conversar sobre alguma situação do território, preparar um momento de contação de história, confeccionar murais, entre outras ações. Cada encontro pode se adequar melhor a uma ou a outra metodologia. Essas possibilidades metodológicas são apenas sugestões para a equipe técnica; sua execução e efetividade estão condicionadas à criatividade e ao conhecimento técnico da equipe de profissionais. Essencial é ter sempre em mente o objetivo da atividade e a sua adequação ao contexto do ambiente familiar e a qualidade da relação que se quer estabelecer entre a equipe e os usuários e entre os familiares.

A periodicidade e o tempo de duração das rodas de diálogo com a família cabe à equipe técnica decidir e planejar, considerando os diversos aspectos do contexto familiar. Contudo, recomenda-se o intervalo máximo de 90 dias entre uma roda de diálogo e outra, e a duração de, no máximo, 2 horas para cada encontro.

As rodas de diálogo com a família não consistem em acompanhamento familiar, todavia podem contribuir de alguma forma para complementar o acompanhamento familiar desenvolvido pelo PAIF ou pelo PAEFI, no caso de famílias em acompanhamento por esses serviços. Nessa situação, os profissionais desses serviços podem participar das rodas de diálogo, desde que combinado com a família. Isso porque o vínculo da equipe do Serviço com a pessoa idosa ou com a pessoa com deficiência e sua família é fundamental nesses diálogos. Na mesma linha, profissionais da rede intersetorial também podem ser convidados a participar.

43 A proposta de que se trabalhe a partir de “temas geradores” está relacionada com uma metodologia que favorece o debate de temas importantes, a partir do olhar de todos os envolvidos. O tema pode ser escolhido pelos familiares ou sugerido pelo Serviço. Podem ser temas que contribuam na reflexão de situações cotidianas ou temas para ampliar o universo informacional. Para maiores informações, sugere-se leitura a respeito.

As rodas de diálogos serão coordenadas e/ou facilitadas pelos profissionais de nível superior, que podem contar, à medida que for importante e adequado, com o apoio do profissional de nível médio – o cuidador social que dá suporte à pessoa com deficiência ou à pessoa idosa. Após cada roda de diálogo, é importante que a equipe técnica verifique se há a necessidade de alguma mudança em relação às atividades de orientação e suporte aos cuidados familiares.

4.2. Eixo II - Território Protetivo: Olhares e Aproximações sobre o Território

A compreensão e a aproximação do território, como contexto multidimensional, levam, inicialmente, a pensar e a reconhecer algumas ideias:

- ☞ Comumente, quando se pergunta a alguém onde fica seu domicílio, a resposta mais rápida diz respeito ao território (bairro, comunidade, região, cidade) onde mora, o que pressupõe considerar o domicílio na perspectiva territorial;
- ☞ O território onde as famílias ou indivíduos moram, enquanto lugar que ocupam em uma dada cidade ou município, diz muito sobre o cotidiano das pessoas, da condição social e do acontecer da vida;
- ☞ Território é um campo de sociabilidades e interações permeado por alguns elementos importantes, como: copresença - as pessoas estão juntas em um contexto civilizacional de um mesmo espaço geográfico; proximidade física – admite-se a possibilidade de relações de vizinhança; intimidade – os moradores dividem momentos e, em algum grau, vivenciam coletivamente sentimentos de alegria, medo, cólera, paixão, solidariedade, entre outros; cooperação - pressupõe que, em alguma medida, as pessoas e suas famílias se preocupem umas com as outras e pensam no coletivo;
- ☞ O sentimento de identidade ao território resulta também dos sentidos e significados das manifestações culturais dos habitantes. Essas manifestações são inseparáveis da história do território, da organização do espaço geográfico e dos modos de convivência entre seus moradores;
- ☞ O pertencimento ao território está vinculado ao reconhecimento e ao respeito mútuo do território para com as pessoas e das pessoas para com o território.

A partir dessas reflexões, cabe considerar que a aproximação com o território pode revelar que o processo de ocupação e organização dos territórios é bastante heterogêneo e, por vezes, expressam desigualdades, disputas, significados políticos diversos, desterritorialização de alguns e territorialização de outros. É possível encontrar territórios constituídos via ocupações tradicionais, ocupações irregulares, assentamentos precários, condomínios de alto padrão e conjuntos habitacionais populares, entre outros. Há territórios com alta densidade populacional e urbanizados, territórios sob políticas de pacificação, territórios com populações dispersas e, ainda, territórios do campo, organizados com base em pequenas propriedades rurais ou mesmo povoados rurais e áreas ribeirinhas. Há também os territórios dos Povos e Comunidades tradicionais (quilombolas, indígenas, ciganos, etc.), entre outras formas de ocupação e organização do território.

A dinâmica do território traduz processos desiguais, diversos e heterogêneos dentro de um mesmo município ou região. Tudo isso repercute e interfere no trabalho social com as pessoas idosas e as pessoas com deficiência, pois o reconhecimento e a valorização das identidades e dos direitos territoriais e as diversas formas de organização da população contribuem, em muito, na definição e na organização das estratégias de trabalho das equipes. A aproximação com cada território pode requerer, em alguma medida, caminhos gerais, mas também caminhos metodológicos singulares.

Dito isso, vale ressaltar que a proposição da territorialização como eixo estruturante do SUAS demonstra o reconhecimento de que, em larga medida, a proteção às famílias e a seus membros vincula-se à dinâmica do território onde vivem. Nessa perspectiva, a concepção de território protetivo para este Serviço relaciona-se, necessariamente, à leitura do território onde se propõe atuar e ao reconhecimento da inserção desse território na luta por direitos e igualdade social.

Sendo assim, para trabalhar na perspectiva de território protetivo, além de reconhecer a heterogeneidade e as diferentes dinâmicas territoriais, é importante ter em mira alguns ideários sobre o território: refletir sobre ele como lugar de reconhecimento e respeito aos direitos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência, de mobilização e luta por acessibilidade ambiental e ampliação de direitos, de valorização do pertencimento e conquista de patamares éticos civilizatórios em defesa dos direitos humanos, de enfrentamento a quaisquer formas de discriminação, ameaça e violação de direitos, de respeito à diversidade humana e territorial e de oferta de uma rede de apoio voltada aos cuidados e à proteção das pessoas, quando necessitarem.

De outra parte, as ações e/ou estratégias com foco no território, sob a concepção de território protetivo, deve contribuir, o máximo possível, para que os usuários e suas famílias alcancem diversas aquisições, entre as quais, destacam-se:

- ☞ ter acolhidas as suas demandas nas redes locais;
- ☞ ter sua identidade, integridade e história de vida respeitada;
- ☞ vivenciar experiências que favoreçam o alcance da autonomia, da independência e das condições de bem-estar;
- ☞ ter vivências de ações pautadas em princípios éticos de justiça e cidadania;
- ☞ ter oportunidade de participar de ações de defesa de direitos e da construção de políticas inclusivas;
- ☞ ter vivências de reconhecimento, respeito e proteção aos direitos humanos;
- ☞ ter seus direitos de atendimento prioritários respeitados e compartilhar vivências coletivas.

Tendo em vista esses ideários e aquisições, apresentam-se algumas pistas e possibilidades de ações que podem ser desenvolvidas no território, a saber:

- ☞ a mobilização para a cidadania;
- ☞ encontros territoriais com grupos multifamiliares e com cuidadoras (es) que compartilham situações semelhantes ou inter-relacionadas.

4.2.1. Mobilização para a Cidadania

Falar de cidadania corresponde a falar de reconhecimento de direitos e deveres pelos indivíduos e pela coletividade, tomando como referência a garantia de direitos sociais como dever do Estado. A cidadania também traduz a condição de cidadão e o direito de identidade e de pertencimento a um país e, por extensão, a um estado, município ou território.

Segundo Miotto (MDS, 2015), “é justamente o alargamento da visão sobre o território que possibilita conhecer melhor as condições de vida das famílias, observar claramente a omissão do Estado na provisão de serviços e investir no fortalecimento das condições de proteção social e da cidadania”. Nessa linha, as ações de mobilização para a cidadania, podem envolver:

- ☛ articulação com grupos comunitários do território para a sensibilização e a difusão de informação sobre os direitos desses segmentos e de suas famílias;
- ☛ organização e participação em campanhas⁴⁴ socioeducativas e comunitárias e de enfrentamento a situações de violência e violação de direitos;
- ☛ participação na organização e realização de programação no território, sobre datas e semanas que tratam das temáticas relacionadas a pessoas idosas e a pessoas com deficiência;
- ☛ discussão e difusão de informações e dados sobre a realidade de pessoas idosas e pessoas com deficiência;
- ☛ mobilização das famílias e das pessoas inseridas no serviço para participarem das campanhas e eventos de mobilização no território ou para contribuírem com relatos de experiências e troca de vivências;
- ☛ reconhecimento das redes para o atendimento inclusivo e especializado desses segmentos;
- ☛ encontros com grupos comunitários, em geral, para a interpretação e a difusão do serviço;
- ☛ realização de palestras sobre temas relacionados à questão de gênero e orientação sexual e suas implicações com as violações de direitos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência;
- ☛ difusão e estímulo à participação em conselhos de controle social de políticas públicas;
- ☛ outras ações, tendo em vista consolidar a cultura da proteção e do cuidado territorial às pessoas idosas e às pessoas com deficiência.

Cabe salientar que o território, de acordo com o contexto local, pode contar com diversos grupos e/ou formas e arranjos de encontro coletivo. As motivações e vinculações podem estar relacionadas à organização das pessoas como moradoras do território, como pessoas com deficiência, como pessoas idosas, como crianças e adolescentes, como juventude, como mulheres, como trabalhadores, como estudantes, como donas de casa, como pessoas em situação de rua, como empresários ou, ainda, na

⁴⁴ Campanhas: referem-se a um conjunto de procedimentos dirigidos para a sensibilização, informação sobre temáticas relacionadas aos direitos socioassistenciais, com o objetivo de induzir uma reflexão crítica, identificar e fortalecer os recursos de uma coletividade e prevenir a ocorrência de vulnerabilidades e/ou riscos sociais. Podem ser elementos constituintes de uma campanha: panfletagem, colagem de cartazes, utilização de carros de som, rádios comunitárias, jornais, reuniões, mostra de filmes, apresentações artísticas, entre outros, de modo a traduzir um esforço em prol de um tema (MDS, 2012).

forma de conselhos locais de políticas públicas, de fóruns de usuários, de movimentos religiosos, de movimentos da sociedade civil em defesa de direitos humanos e de enfrentamento às discriminações diversas, entre outras possibilidades.

Pode contar, ainda, com entidades prestadoras de serviços, instituições públicas vinculadas às diversas políticas públicas e órgãos de defesa de direitos. Independentemente da vinculação e motivação, são espaços com potencial mobilizador, protetivo e colaborativo.

A perspectiva de mobilização para a cidadania indica que a ação do Serviço está inteiramente integrada às forças mobilizadoras já existentes no território, ou seja, o Serviço deve atentar-se ao movimento do território e agregar-se para somar e contribuir. Nesse somar, cabe reforçar que a proatividade do Serviço está intrinsecamente relacionada à inclusão do território na efetivação das aquisições previstas para os usuários na Tipificação.

Nessa direção, o CRAS deve ser o principal indutor e orientador do trabalho coletivo do serviço no território. Vale lembrar que cabe ao CRAS a gestão da rede socioassistencial no território, missão que agrega a si um potencial articulador e mobilizador extraordinário. Além disso, o PAIF, por meio de ações comunitárias, promove a realização de palestras, campanhas, entre outras estratégias coletivas. Ações nessa linha podem materializar-se em ponto de encontro e complementação entre os dois serviços.

4.2.2. Encontros territoriais com grupos multifamiliares e com cuidadoras (es) que compartilham situações semelhantes ou inter-relacionadas

Os *encontros* periódicos entre as *famílias e* entre cuidadoras (es) familiares atendidos no território podem agregar um potencial enorme à qualificação das relações intrafamiliares e comunitárias, pois propiciam: a troca de vivências, aprendizados e experiências; o aprimoramento dos cuidados e apoios; a ampliação da compreensão de situações novas; a cooperação e o desenvolvimento de novas habilidades; a construção de consciência coletiva e solidária; o conhecimento e o reconhecimento das redes de apoio existentes; o diálogo sobre as angústias, medos e dificuldades, entre outras possibilidades.

A mediação dos encontros podem ter como motivação temas comuns, questões transversais ou acontecimentos ocorridos no território que expressam desproteção ou ampliam a proteção às famílias, assim como a coletivização de visões e de demandas individuais. É importante ter em vista que os fatores de desproteções ou de proteções expressos pelas pessoas e suas famílias não podem ser analisados e compreendidos fora do território onde vivem e convivem. A solução de algumas questões pode estar fora do alcance das famílias individualmente, a exemplo da acessibilidade ambiental.

A comunicação e a circulação de informações, o conhecimento de experiências e o acesso a informações técnicas pelas famílias e cuidadoras (es) podem facilitar a formulação de opinião e a reflexão e análise do seu agir, assim como pode significar a possibilidade de cuidar de quem cuida numa perspectiva mais coletiva.

De igual modo, os encontros podem ser espaço de colaboração multiprofissional e de valorização de histórias de vida e do desenvolvimento do convívio social. Nessa ótica, a colaboração de especialistas e convidados será bem-vinda, no sentido de acrescentar saber técnico e experiências positivas às discussões com as famílias e cuidadoras (es).

São encontros planejados, facilitados pela equipe técnica do Serviço, realizados periodicamente, de preferência, em local de fácil acesso e próximo às moradias, inclusive no CRAS, quando este for o melhor espaço. Contudo, não se trata de grupos de autoajuda ou grupos terapêuticos, pois, apesar da sua importância, estes não se incluem no escopo do Serviço.

Podem ser encontros abertos, cuja periodicidade será definida com as famílias e com as (os) cuidadoras (es). Podem ser extensivos aos familiares de apoio, membros da família ampliada, vizinhança, cuidadoras (es) particulares/formais, cuidadoras (es) voluntários, atendentes pessoais, acompanhantes, de acordo com a realidade local. A metodologia de cada encontro e quem deles participam cabe à equipe técnica definir. O importante é atentar-se ao número de participantes – a fim de que a quantidade de pessoas seja confortável -, ao contexto das famílias, das cuidadoras (es) e dos convidados, à motivação dos participantes, ao espaço disponível, entre outros aspectos.

A equipe técnica pode optar, por exemplo, por realizar alguns encontros só com cuidadoras (es) familiares, só com cuidadoras(es) colaboradores, outros, com os familiares ou com a vizinhança ou encontros mistos e intergrupais, ou mesmo incluí-los nas atividades coletivas do PAIF e potencializar esses espaços com discussões relacionados à cuidados das pessoas idosas e pessoas com deficiência. É igualmente importante assegurar metodologias participativas, de fácil compreensão e manejo dos participantes e que valorizem a acolhida e a fala de todos. Recomenda-se uma periodicidade regular e programada para a divulgação prévia e a garantia de previsibilidade aos participantes. De acordo com o objetivo do encontro, pode-se trabalhar com pequenos grupos (até 30 pessoas), grupos médios (até 50 pessoas) ou grandes grupos (até 80 pessoas), quando, por exemplo, usar a metodologia de seminário. A escolha metodológica expressa a autonomia dos trabalhadores no processo do trabalho social.

Esses encontros podem se constituir também em espaço para estimular a participação das pessoas nos conselhos de controle social das políticas públicas, a exemplo dos conselhos dos direitos da pessoa idosa, dos direitos da pessoa com deficiência, dos direitos da criança e do adolescente, de Assistência Social, entre outros. Ressalta-se também que os encontros são espaços para difundir os serviços e ações socioassistenciais, como o SCFV, PAIF E PAEFI, Centros-dia, outros serviços de atenção à pessoa com deficiência e à pessoa idosa no SUAS ou os serviços de outras políticas públicas existentes no território.

4.3. Eixo III – Trabalho em Rede: Olhar Multisetorial

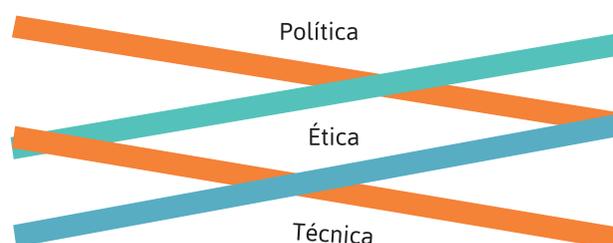
O trabalho em rede, aqui proposto, pauta-se em algumas referências conceituais:

- ☛ As diversas dimensões do ser humano repercutem em várias necessidades e demandas cotidianas, o que quer dizer que nenhuma política, serviço ou órgão por si só atende a diversidade de necessidades do indivíduo e da família;
- ☛ As situações de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais são multidimensionais, envolvem vários fatores;
- ☛ A integralidade da proteção social da assistência social pressupõe a integração dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;
- ☛ A proteção integral dos indivíduos e das famílias requer a integração e a articulação da rede SUAS com as demais políticas públicas e órgãos setoriais;

Essas referências pressupõem diálogo constante do Serviço com os demais no interior do SUAS e com os órgãos e serviços de outras políticas públicas no território. Esse diálogo pode ser mais fluido e orientado pela pactuação de fluxos, pois eles provocam um movimento constante de informações, ideias e energias.

Para Guará (2010), o novo modelo de rede pressupõe relações mais horizontalizadas, que além de acolher a participação de várias políticas setoriais, derruba os limites daqueles serviços que costumam agir isoladamente.

Para Moreto (2012), o trabalho em rede pode resguardar as seguintes dimensões interligadas:



- ☛ **Política** - inclui a articulação e a pactuação de fluxos e responsabilidades para o atendimento adequado das famílias e indivíduos, assegurando que as normas estabelecidas pelas políticas - decretos, portarias e resoluções - sejam postas em prática. Requer uma ação de gestores ou de atores que têm poder de decisão, além de conselhos de políticas públicas e movimentos sociais.
- ☛ **Ética** – diz respeito ao compromisso direto com os direitos humanos, com a pessoa humana, seus potenciais, limitações e seu contexto. É transversal às outras dimensões, cabendo a ela resguardar o respeito, a dignidade e a relevância das histórias de vida dos usuários dos serviços.
- ☛ **Técnica** – resguarda a qualidade e o compromisso com o atendimento ao usuário, observando a flexibilidade necessária ao atendimento de cada caso. Requer um trabalho fluido e pressupõe articulação entre as unidades e serviços existentes no território e relação dialógica entre os profissionais.

Nessa direção, a rede deve sempre resguardar a devida flexibilidade dos fluxos, pois a realidade pode se apresentar mais complexa. Para isso, são fundamentais os diálogos permanentes, pois o trabalho em rede baseia-se, sobretudo, na corresponsabilidade, na complementariedade e na colaboração institucional e individual por parte das equipes.

A partir desse eixo, apresentam-se algumas pistas e possibilidades de ações a que o Serviço poderá integrar-se, em consonância com as práticas e as atribuições de gestão do CRAS, para assegurar complementariedade ao atendimento das demandas dos usuários e suas famílias, como:

- ☛ a elaboração e pactuação de fluxos que incluam a proteção e o cuidado a pessoas com deficiência e a pessoas idosas, seus cuidadores e famílias;
- ☛ as reuniões, encontros ou grupos de trabalho para a discussão de casos em atendimento comum, a análise de informações sobre o território, a construção coletiva de indicadores, o alinhamento conceitual entre os serviços existentes no território, entre outras;
- ☛ a formação e a capacitação em rede, baseando-se na diversidade de situações atendidas e no desenvolvimento de competências e habilidades requeridas pelo Serviço;
- ☛ a capacitação em serviço por meio de supervisão técnica intrasetorial e interdisciplinar para os profissionais que atuam com as temáticas relacionadas às pessoas com deficiência e às pessoas idosas;
- ☛ os encontros para o monitoramento e a avaliação em rede dos encaminhamentos intra e intersetoriais;
- ☛ a realização de estudos intrasetorial e intersetorial para avaliar impactos dos serviços de proteção e cuidado no domicílio para os segmentos em referência;
- ☛ outras possibilidades locais.

4.3.1. Intrasetorialidade – possibilidades e desafios da relação do Serviço com as demais ações da rede Socioassistencial

A intrasetorialidade pressupõe a possibilidade de uma família ou indivíduo ser atendido, em comum, por vários serviços e ações da rede socioassistencial. Trata-se de um desafio comum à proteção dos seus direitos e ao atendimento a suas demandas, na perspectiva da integralidade. Essa lógica intrasetorial precisa repercutir na gestão e na condução dos processos de trabalho do Serviço e no interior das unidades de referência e demais serviços e ações socioassistenciais.

As relações do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, no âmbito do próprio SUAS, vão estar sempre orientadas pelos contextos territoriais e familiares, pelas demandas particulares das pessoas e pelas características de cada nível de proteção social.

Conforme já dito no capítulo I, a PSB se organiza sob a centralidade do CRAS, principal porta de acesso ao SUAS. Assim, a articulação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio com os demais serviços

e ações da Proteção Social Básica dá-se a partir do CRAS, ou seja, em observância aos protocolos e fluxos praticados e estabelecidos por essa unidade. O Coordenador do CRAS desempenha uma importante função na articulação dos Serviços no Território.

4.3.1.1 Complementariedade com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF

Vale observar que o PAIF agrega, na PSB, a centralidade em relação ao atendimento e ao acompanhamento familiar⁴⁵, isto é, reúne as condições técnicas e operacionais para dar suporte e apoio às famílias no processo de reconhecimento dos seus direitos socioassistenciais, na superação de situações de vulnerabilidades sociais e no fortalecimento da sua capacidade protetiva. Por seu turno, conforme dispõe o pacto de aprimoramento da gestão municipal e do Distrito Federal do SUAS, é responsabilidade do PAIF o acompanhamento das famílias com membros beneficiários do BPC, pois, em princípio, essas famílias podem estar expostas a situações de desproteção, cabendo ao Estado manter-se vigilante na sua função de proteção e cuidado a essas famílias. Nessa ótica, o PAIF é, portanto, o locus privilegiado de reconhecimento e apoio às dinâmicas familiares implicadas com situações de vulnerabilidade diversas.

O PAIF tem grande capacidade para reconhecer, na dinâmica das famílias com pessoas idosas ou com pessoas com deficiência, as situações de vulnerabilidade que dificultam ou impedem a adesão e o acesso regular e frequente dessas pessoas às unidades da rede socioassistencial, ou os casos em que a oferta de orientação e suporte aos cuidados no domicílio constitui-se melhor estratégia para estreitar a relação com a sua rede de apoio e referência, reduzir as barreiras de acesso, estimular a participação social dos usuários e para a ampliação e a qualificação das relações de cuidado familiares.

Sendo assim, diante dessas situações, o PAIF deve lançar mão da complementariedade da oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, tendo em vista garantir a continuidade da atenção socioassistencial, facilitar a adesão à oferta do SUAS ou ampliar o escopo da oferta ao usuário e à sua família. De todo modo, sempre que no desenvolvimento das ações do serviço a equipe identificar situações familiares cuja leitura de contexto requeira o acompanhamento sistemático do PAIF, deve lançar mão dessa complementariedade. Isso passa, necessariamente, pelo diálogo permanente entre os profissionais dos dois Serviços.

Na articulação do Paif com o Serviço espera-se que o Paif possa, dentre outras ações:

45 Acompanhamento familiar: inserção da família em um conjunto de intervenções desenvolvidas de forma continuada, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais, que pressupõe a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar - com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, a fim de superar gradativamente as vulnerabilidades vivenciadas.

- ▣ prestar informações às famílias e comunidade sobre o SD esclarecendo seus objetivos e funcionamento;
- ▣ identificar e incluir famílias com perfil para participação e inclusão no Serviço;
- ▣ articular-se com a equipe do Serviço para uma ação integrada entre as equipes;
- ▣ realizar discussões de casos para suporte as equipes do serviço;
- ▣ apoiar encaminhamentos, quando necessário, para os serviços da Proteção Social Especial (PSE), bem como para a rede das demais políticas.

4.3.1.2. Complementariedade com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV

Entre os objetivos do SCFV, destaca-se o de prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e pessoas idosas, em especial, das pessoas com deficiência, assegurando o seu direito à convivência familiar e comunitária. O SCFV tem como principal característica a organização de grupos de convivência no território, o mais próximo possível da moradia dos usuários, e a perspectiva do atendimento inclusivo. A participação das pessoas idosas e das pessoas com deficiência nesse serviço é fundamental, tanto como estratégia de socialização, elevação da autoestima e ampliação dos vínculos protetivos no território quanto para estimular a autonomia, a participação social e, sobretudo, para prevenir o isolamento social.

A oferta de orientação e suporte no domicílio pode se apresentar como uma estratégia de sensibilização, estímulo e superação das barreiras que dificultam a participação das pessoas com deficiência e das pessoas idosas no SCFV, especialmente daquelas que necessitam de maior compreensão sobre o SCFV, de segurança em relação à convivência inclusiva, de algum aporte para os deslocamentos, entre outras necessidades.

A oferta no domicílio pode, ainda, garantir a orientação e o apoio mais singular às pessoas com limitações impostas pelo avanço da idade, pela natureza da deficiência ou pelas barreiras sociogeográficas, que trazem dificuldades para frequentar o SCFV com a necessária regularidade.

Nesse sentido, as pessoas com deficiência e as pessoas idosas podem estar no SCFV e ser atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, ampliando, assim, sua rede de proteção, assim como podem acessar inicialmente o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio e depois ser encaminhadas ao SCFV. A relação entre os dois serviços é de complementariedade e, portanto, requer contínua integração. Contudo, o fluxo dos encaminhamentos entre os dois Serviços tem a centralidade no CRAS, uma vez que essa unidade faz a gestão e a referência da rede socioassistencial no território.

4.3.1.3. Integração com os benefícios socioassistenciais e programas de transferência de renda

A integração entre serviços, benefícios e programas é uma orientação geral da Política de Assistência Social, disciplinada no Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS/2009. No caso do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, essa integração tem origem na própria Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, quando esta destaca, entre os usuários do Serviço, os beneficiários do BPC e membros de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF com deficiência ou com 60 anos ou mais. Parte-se do pressuposto de que, associadas às vulnerabilidades econômicas, esses grupos populacionais podem apresentar demandas específicas de orientação e suporte aos cuidados familiares. Para além de atender aquelas pessoas beneficiárias, o Serviço pode identificar, no percurso de suas ações, pessoas com deficiência e pessoas idosas que preenchem os critérios de acesso ao PBF ou ao BPC; nestes casos, deve articular com o CRAS para que as pessoas recebam orientação sobre os procedimentos necessários.

Também cabe ressaltar a possibilidade de integração do Serviço com os Benefícios Eventuais –BE, os quais, diferentemente do BPC, são provisões destinadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidades temporárias e de calamidade pública. Os benefícios eventuais são de responsabilidade dos municípios e do Distrito federal, portanto, os critérios de acesso e os valores são estabelecidos em lei municipal ou distrital. Para o Serviço, é importante conhecer as provisões asseguradas nessas legislações para articular, via CRAS, o encaminhamento dos usuários que apresentarem demandas incluídas no escopo dos benefícios eventuais. Também podem ser acolhidas no Serviço pessoas com deficiência ou pessoas idosas que acessaram o SUAS por meio dos benefícios eventuais e que apresentam necessidades dentro do escopo do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio.

4.3.1.4. Integração com o Programa Acessuas Trabalho

O Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (Acessuas Trabalho) é coordenado, no âmbito nacional, pelo MDS/SNAS, porém é desenvolvido de forma descentralizada, em parceria com estados, Distrito Federal e municípios. Do ponto de vista da sua regulamentação, o programa teve início em 2012 e foi prorrogado até 2018, podendo advir novas prorrogações, em função do contexto à época.

A LOAS, no art. 2º destaca que a proteção social no campo da Assistência Social visa também à promoção da integração dos seus usuários ao mercado de trabalho. Isto posto, o CNAS, por meio da Resolução nº 33/2011, estabeleceu que as ofertas do SUAS nessa área visam à promoção do protagonismo, à participação cidadã, à mediação do acesso ao mundo do trabalho e à mobilização social para construção de estratégias coletivas de inclusão.

Nessa direção, o Acessuas Trabalho tem como estratégias sensibilizar, mobilizar e encaminhar as pessoas em situação de vulnerabilidade e riscos sociais a oportunidades relativas ao mundo do trabalho, de forma articulada com as demais ações do SUAS e de outras políticas públicas. Tais estratégias envolvem a sensibilização para cursos de capacitação, encaminhamento para intermediação ao mercado de trabalho formal, aprendizagem, economia solidária e microempreendedorismo individual, acesso ao microcrédito, dentre outras iniciativas.

Nessa linha, o programa agrega um caráter articulador intrasetorial e intersetorial no sentido de mapear oportunidades, potencialidades e demandas do território; mobilizar usuários e trabalhadores do SUAS, comunidade e empregadores em potencial para discussão sobre trabalho descente; realizar debates sobre o direito ao trabalho e emprego junto aos usuários e, na mesma direção, realizar orientações junto aos trabalhadores do SUAS.

Outro dado importante é que a regulamentação do programa define as pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) como um público prioritário, em um claro reconhecimento de que os jovens e adultos com deficiência devem contar com aportes de apoio do Estado para a garantia do direito ao trabalho.

Por todo esse contexto, a integração do Serviço com o Acessuas Trabalho é fundamental, no sentido de oportunizar que os usuários do Serviço que queiram acessar o mundo do trabalho disponham de orientação do programa. A forma de articulação deve ser construída nos fluxos intrasetoriais com o CRAS.

4.3.1.5. Integração com o Programa BPC-Trabalho e BPC na Escola

Como já dito no capítulo I, o Programa BPC Trabalho se propõe a atender os beneficiários do BPC que têm interesse em trabalhar, mas encontram dificuldades para superar as barreiras existentes, entre quais, a de obter qualificação profissional para o seu ingresso no mundo de trabalho⁴⁶.

O programa tem caráter intersetorial e funciona numa articulação entre os Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Educação (MEC), do Trabalho e Emprego (MTE) e da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), envolvendo compromissos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

46 BPC-Trabalho (MDS, folder).

Nos municípios e no DF, os CRAS têm papel importante em relação ao BPC-Trabalho, pois, entre outras ações, atuam na identificação e na busca ativa dos beneficiários do BPC com deficiência e na sensibilização e avaliação em relação ao interesse e à possibilidade de participação no programa.

Por seu lado, o Programa BPC na Escola prevê a constituição, nos municípios e no Distrito Federal, de um grupo gestor, formado pelos gestores das políticas de Assistência Social, Educação, Saúde e Direitos Humanos, para gerir e coordenar o programa em seu âmbito, tendo em vista favorecer o desenvolvimento de ações intersetoriais, tanto para a identificação quanto para a superação das barreiras que dificultam o acesso à escola e social das crianças e adolescentes com deficiência.

[Programa BPC-Trabalho foca na faixa etária a partir dos 16 anos, quando a aprendizagem e o trabalho decente já são permitidos constitucionalmente.](#)

[O programa BPC na Escola, concentra a atenção na faixa etária até 18 anos, com foco no acesso à escola.](#)

O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, ao atender as pessoas com deficiência, não faz recorte de idade. A princípio, atende todas as idades. Portanto, é importante que a equipe tenha em mente a estreita articulação com os dois programas, considerando os focos específicos no trabalho e na inclusão educacional.

4.3.1.6. Complementariedade com os serviços ofertados pela Proteção Social Especial de Média Complexidade

Conforme já foi mencionado no capítulo I, a PSE de média complexidade se organiza por meio de serviços e programas especializados para atender famílias e indivíduos em situações de risco e violação de direitos, visando à superação e à prevenção do agravamento das situações vivenciadas.

Os serviços de PSE de média complexidade são ofertados, em grande parte, nas seguintes unidades de referência: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e no Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência em situação de dependência (Centro-Dia).

[A articulação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas com os serviços de Proteção Especial de Média Complexidade deve orientar-se a partir da referência dessas três unidades e dos fluxos estabelecidos entre essas unidades e o CRAS.](#)

Ressalta-se, primeiramente, a relação com o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), ofertado, obrigatoriamente, no CREAS. Ao PAEFI, cabe o acompanhamento especializado das famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco, por violação de direitos,

a exemplo de violência física, psicológica, sexual, patrimonial, entre outras. A partir desse ponto, abre-se a possibilidade de o PAEFI, ao atender uma família com pessoas com deficiência ou idosas, lançar mão do aporte do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, tendo em vista prosseguir o atendimento na rede protetiva após o desligamento do PAEFI.

Nessas situações, recomenda-se que o PAEFI, participe de forma planejada da orientação técnica aos profissionais do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para prevenir atuação inadequada frente à situação. A relação com o Serviço Especializado de Abordagem Social também pode se dar via CREAS, observada a possibilidade de atendimento complementar, tendo em vista a superação das dificuldades relacionadas a vivências de situações de rua.

De igual modo, o Centro Pop, por meio do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ao atender uma pessoa idosa ou com deficiência em situação de rua, mas ainda, com vínculos familiares pode recorrer ao aporte do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, no sentido de construir estratégias conjuntas de proteção e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários existentes. Isso posto, cabe lembrar que a Pesquisa Nacional sobre a População em situação de Rua, realizada em 2008, pelo MDS, revelou que 51,9% dos entrevistados possuíam algum parente residente na cidade onde se encontravam em situação de rua, e 38,9% deles não mantinham contato com esses parentes. A pesquisa ainda revelou que 13,3% dos entrevistados tinham 55 anos ou mais.

No que diz respeito ao Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência em Situação de Dependência, este, por meio do Serviço de proteção Social Especial para Pessoas com deficiência e suas famílias, ao programar o atendimento dos seus usuários, tem a flexibilidade de organizar a frequência dos atendimentos, de acordo com as necessidades da pessoa e de sua família. Assim, ao avaliar cada situação, é possível identificar, para além das demandas de cuidados e convivência no próprio espaço do Centro-Dia, necessidades de orientação e suporte aos cuidados familiares que poderão ser melhor atendidas pelo Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio. De igual modo, este Serviço pode identificar entre seus usuários demandas de cuidados cujo atendimento é mais apropriado em Centro-Dia, a exemplo de necessidades de descanso do cuidador(a) familiar.

4.3.1.7. Complementariedade com os Serviços de Acolhimento (Proteção Social Especial de Alta Complexidade)

Entre os objetivos do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, cabe destacar o de prevenir agravos que possam desencadear o rompimento de vínculos familiares e sociais. A partir desse objetivo, é possível reafirmar que o acolhimento institucional de pessoas com deficiência, em qualquer faixa etária, e o de pessoas idosas são medidas excepcionais, indicadas somente quando avaliadas como a melhor medida para protegê-las e melhorar a sua qualidade de vida.

Mesmo diante do acolhimento, todo aporte de orientação e apoio deve ser assegurado à pessoa acolhida e à sua família no sentido de a pessoa em situação de acolhimento/institucionalizada poder retornar ao núcleo familiar ou, em se mantendo afastada, poder contar com o apoio, o afeto e os cuidados dos familiares.

A partir desse ponto, abre-se a possibilidade do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio constituir-se em importante estratégia de aporte às pessoas idosas ou às pessoas com deficiência, em qualquer faixa etária, que retornaram ao núcleo familiar, no sentido de contribuir com ações que fortaleçam vínculos e ampliem a oferta de cuidados familiares na perspectiva da prevenção de novos afastamentos.

As considerações sobre complementariedade entre os Serviços de PSE (média e alta complexidade) e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas apenas ilustram algumas possibilidades, há que se considerar que somente os fluxos locais e o diálogo estabelecido entre as equipes de Proteção Social Básica e de Proteção Social Especial vão, de fato, materializar os procedimentos e a definição das articulações entre os dois patamares de Proteção.

4.3.2. Intersetorialidade – possibilidades e desafios da relação do Serviço com outras Políticas Públicas

A intersetorialidade pressupõe a integração com outras políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, tendo em vista a integralidade da atenção à pessoa idosa e à pessoa com deficiência no contexto familiar e territorial. Pressupõe, ainda, a possibilidade de uma família e/ou indivíduo serem atendidos em comum por várias políticas públicas e órgãos, dada a diversidade e a complexidade de suas demandas e necessidades e na perspectiva da garantia de direitos.

A complementariedade intersetorial pode ocorrer tanto no campo da intervenção profissional mais direcionada às pessoas e a suas famílias quanto naquelas atuações vinculadas ao território, no sentido de esse se tornar mais acessível e protetivo. A qualidade da articulação intersetorial depende de diálogo no âmbito das equipes locais e no plano da gestão e da coordenação, esferas em que são tomadas as decisões e definidas as diretrizes.

Historicamente, um dos maiores desafios das equipes tem sido superar a fragmentação, a sobreposição de ações e as lacunas pela ausência de serviços ou de diálogo entre as redes existentes nos territórios. Um bom caminho em direção à superação desse problema pode ser o alinhamento conceitual entre os serviços existentes no território, visando assegurar, minimamente, a compreensão da concepção de cada um, os objetivos, o que faz, onde e como funciona.

A leitura permanente do território, o diagnóstico local e o reconhecimento das demandas das pessoas idosas e das pessoas com deficiência e de suas famílias orientarão as articulações intersetoriais e a construção de fluxos que contemplem a contribuição do serviço e sua relação com a rede. Contudo,

algumas questões notoriamente implicadas na autonomia e na qualidade de vida das pessoas com deficiência e idosas podem apontar uma relação mais estreita do Serviço com as políticas de Saúde, Educação, Trabalho e Previdência Social, entre as quais se destacam: o acesso à tecnologia assistiva; o acesso a serviços especializados de habilitação e reabilitação em saúde; o acesso à reabilitação profissional e a benefícios previdenciários e socioassistenciais; o acesso à qualificação profissional; o acesso à educação na perspectiva da inclusão, em especial, para as crianças e adolescentes com deficiência, entre outros acessos.

Esses exemplos não excluem a importância da articulação com os serviços de cultura, esporte, meio ambiente, trabalho e habitação, pois são áreas importantes para o exercício da convivência comunitária e para o fortalecimento dos vínculos de pertencimento ao território, além de importantes para a autonomia das pessoas Cuidadas e dos Cuidadores familiares.

De maneira geral, a articulação intersetorial local se desenha a partir da interpretação e da análise dos dados e informações acumuladas sobre o contexto das pessoas, das famílias, dos territórios. Nesse sentido, as informações organizadas pela vigilância socioassistencial podem dar a direção dos fluxos nos territórios e dos compromissos intersetoriais a serem incluídos no PDU do usuário, assim como dos processos de monitoramento dos encaminhamentos que transitam em rede.

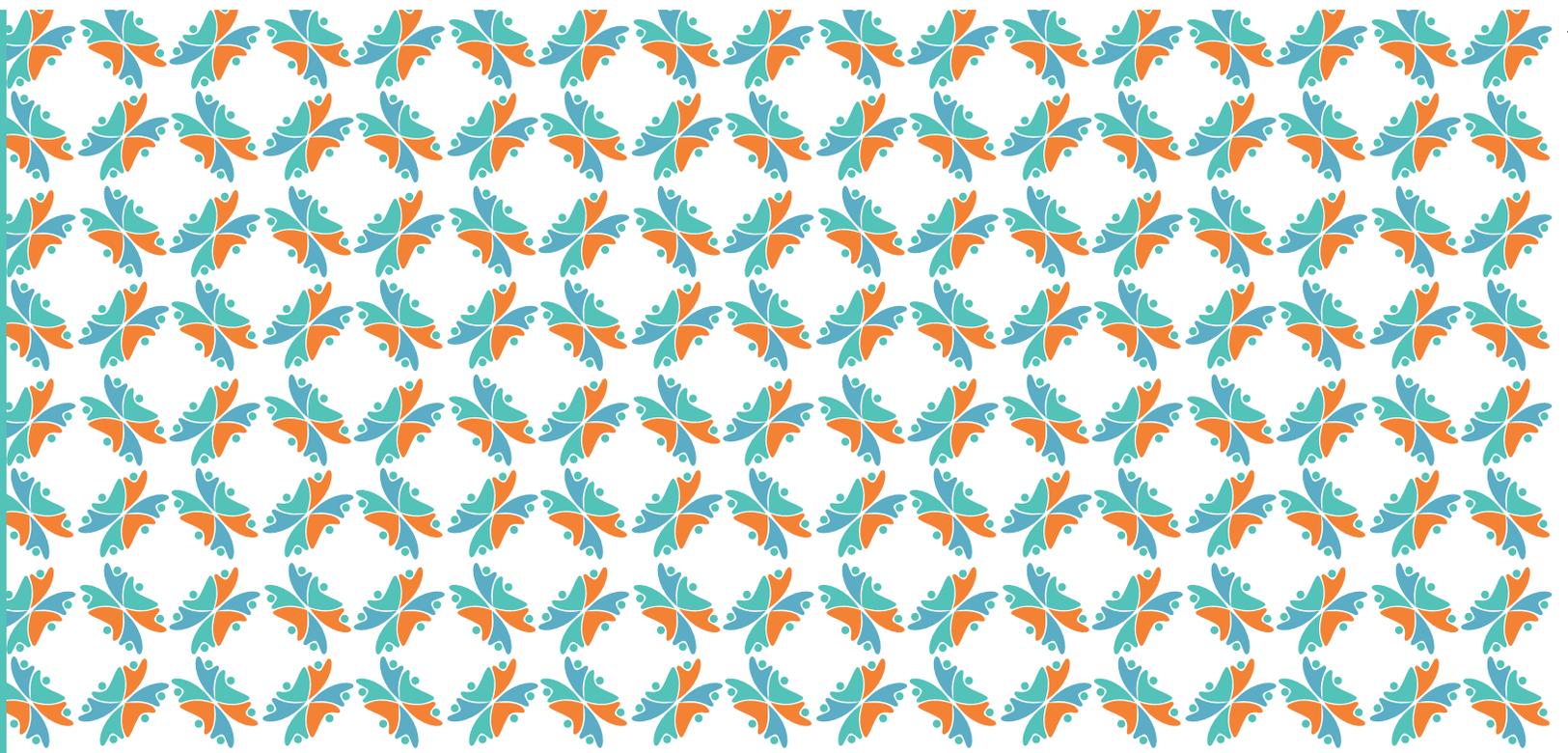
4.3.3. Possibilidades e Desafios do Trabalho em Rede com os Conselhos de Políticas Públicas e Defesa de Direitos

Inicialmente, cabe lembrar a importância do controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social no âmbito federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. Nessa linha, é primordial que o Serviço crie espaços para difundir o papel do controle social e estimule a participação dos usuários e de suas famílias nas organizações de representação dos usuários, tendo em vista a possibilidade de participação como membro do Conselho de Assistência Social⁴⁷.

Entre os diversos conselhos de políticas públicas existentes, vale distinguir a relevância de conhecer e reconhecer o papel e o funcionamento dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência e do Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa. São espaços públicos criados por lei com papel importante na formulação e no acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das políticas públicas voltadas a esses segmentos. É essencial, portanto, considerar a interface da atuação desses Conselhos com o Conselho de Assistência Social, pois todos são órgãos de controle social e, como tal, participam da rede como espaço de participação social.

47 Conferir, no município e no DF, as condições de participação dos usuários nos Conselhos de Assistência Social e a programação de ações do conselho que são abertas à participação pública.





Nessa direção, esses conselhos devem conhecer e acompanhar a gestão e o funcionamento do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. À gestão da Política de Assistência Social local cabe a articulação com os conselhos, nesse sentido. O Serviço pode contribuir tanto na difusão do papel e do funcionamento dos referidos conselhos quanto no estímulo à participação dos usuários e de suas famílias nas suas programações abertas ao público, assim como na qualidade de representantes dos usuários nesses espaços.

CAPÍTULO V

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

5.1. Planejamento da oferta do Serviço

O planejamento é uma função fundamental da gestão pública, pois possibilita prever ações, organizar os meios para sua realização e monitorar e avaliar os resultados alcançados. A gestão pública, em geral, conta com alguns instrumentos de planejamento, definidos em lei, que orientam a atuação do estado, a exemplo do Plano Plurianual - PPA e Lei Orçamentária Anual – LOA. Interligada a essas leis, a Lei Orgânica de Assistência Social define como obrigatória a elaboração do Plano de Assistência Social, um instrumento específico de planejamento da área.

Um passo indispensável ao planejamento é a elaboração de diagnóstico dos territórios para conhecer e reconhecer as demandas da sociedade e decidir, minimamente, o que fazer, como fazer e com que recursos fazer. Em relação ao Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas, algumas fontes de informações podem contribuir com o diagnóstico local, a saber: CadÚnico, Programa BolsaFamília, BPC, Relatórios Mensais de Atendimento (RMA) dos CRAS e dos CREAS, registros de denúncias sobre ameaça e violação de direitos humanos, recebidas no Disque 100, Sistema de Informação para a Infância e Adolescência – SIPIA, vinculados aos Conselhos Tutelares (no caso de criança e adolescentes com deficiência) e dados do Censo IBGE, entre outros. A vigilância socioassistencial tem papel fundamental na elaboração desse diagnóstico.

Ao órgão gestor da política de Assistência Social do Distrito Federal e dos municípios cabe coordenar o processo de planejamento da implantação, da implementação ou mesmo do reordenamento da oferta do Serviço, quando for o caso. O planejamento do Serviço requer a sua devida inclusão no Plano de Assistência Social e a sua aprovação pelo Conselho de Assistência Social local (municipal ou distrital).

O pleno funcionamento do Serviço pressupõe a definição da capacidade de atendimento, o conhecimento das características dos territórios de abrangência, o reconhecimento das especificidades das demandas das pessoas com deficiência e idosas a serem atendidas, assim como a realização de estudos sobre o seu custo financeiro e a sua previsão na legislação orçamentária. É importante, no processo de planejamento, ter sempre em vista que se trata de um Serviço continuado.

É igualmente importante considerar no planejamento a elaboração de projeto técnico-político da oferta do Serviço no município ou DF. Essa iniciativa possibilita definir: aspectos do funcionamento do Serviço; metodologia de trabalho a ser adotada pela equipe; composição e perfil da equipe; infraestrutura necessária ao Serviço; territórios de abrangência; política de capacitação e educação permanente dos trabalhadores; diretriz orientadora das ofertas em parceria com entidades e organizações de Assistência Social e previsão de fluxos de articulação no âmbito do SUAS e da rede intersetorial.

Na elaboração do projeto técnico-político, cabe considerar as especificidades dos territórios do campo/rural ou com dispersão territorial e também dos territórios de comunidades tradicionais. Esses podem requerer estratégias singulares a serem consideradas no planejamento, inclusive na composição do perfil e na organização das equipes.

É no planejamento local que a gestão define as bases e a previsibilidade da oferta do Serviço em uma ou mais unidades CRAS e ainda se certifica sobre a possibilidade de fazer ofertas em parceria com entidades ou organizações de Assistência Social. Informações do Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social – CNEAS (2016) revelam que em alguns municípios já há entidades atuando em parceria com o poder público nas ofertas socioassistenciais no domicílio, para as pessoas com deficiência e as pessoas idosas⁴⁸.

5.2. Abrangência, unidade de oferta e período de funcionamento do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

- ☛ **Abrangência:** a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais define que o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas tem abrangência municipal ou distrital (DF). Assim, compete ao órgão gestor da Política de Assistência Social a organização da oferta do Serviço no município ou no Distrito Federal.
- ☛ **Local da oferta:** Domicílio do usuário.

48 O CNEAS, 2016, apontou 164 ofertas no domicílio por entidades e organizações de Assistência Social para pessoas com deficiência e pessoas idosas.

Período de funcionamento: nos dias úteis, podendo estender-se para os finais de semana e feriados, a depender das necessidades dos usuários, identificadas no Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU).

- ☛ **Gestão da oferta do Serviço nos territórios:** Centros de Referência de Assistência Social -CRAS
- ☛ **Execução da oferta nos territórios:** diretamente pelos CRAS ou referenciada ao CRAS quando a gestão municipal ou do Distrito Federal decidir pela realização da oferta em parceria com entidade ou organização de Assistência Social, devidamente inscrita no Conselho de Assistência Social .

A decisão da gestão local, pela a oferta em parceria, pressupõe o respeito aos princípios da administração pública, a exemplo dos princípios da legalidade, publicização e transparência dos atos públicos, quando da definição e consolidação da parceria. Também é importante que a entidade esteja cadastrada no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social – CNEAS.

A depender do porte do município e da realidade local, em um mesmo município, pode-se ter, concomitantemente, como unidade de oferta do serviço, uma ou mais unidades CRAS e uma ou mais unidades em parceria com entidades ou organizações de Assistência Social, em territórios diferentes.

A definição sobre a(s) unidade(s) de execução da oferta poderá levar em conta tanto a dispersão quanto a densidade territorial, as singularidades das demandas dos usuários, inclusive daqueles que moram no campo, os meios de deslocamento das equipes, bem como a localização das unidades CRAS e das entidades parceiras.

5.3. Concepção e importância do referenciamento do Serviço ao CRAS do Território

A execução do serviço referenciado ao CRAS não pressupõe vinculação ou subordinação administrativa da entidade ou organização de Assistência Social que executa o serviço ao CRAS, mas, sim, o desenvolvimento de um serviço sob a gestão territorial do CRAS e vinculado às normativas, às concepções e aos parâmetros de qualidade do SUAS.

O referenciamento ao CRAS traduz ainda a importância de assegurar a integração e a complementaridade entre as ações socioassistenciais no território, assim como a garantia de:

- ☛ reconhecimento da centralidade da família no trabalho social com pessoas com deficiência e com pessoas idosas, o que significa que a família poderá ser atendida ou acompanhada pelo PAIF, no CRAS, ou pelo PAEFI, no CREAS, sempre que necessitar;
- ☛ reconhecimento do CRAS como unidade estruturante da PSB, responsável pela gestão da rede socioassistencial no território;
- ☛ estabelecimento de registros, compromissos e procedimentos comuns e/ou complementares à rede;

- ☛ definição de fluxos de encaminhamentos e troca de informações no âmbito da rede;
- ☛ planejamento de trabalhos e atividades que possam ser desenvolvidos em conjunto;
- ☛ gratuidade na oferta do serviço;
- ☛ observação do público usuário do serviço;
- ☛ observância das orientações técnicas sobre o serviço;
- ☛ respeito ao direito de acesso e permanência no Serviço;
- ☛ construção conjunta de indicadores de monitoramento e avaliação.

5.4. Condições e Formas de Acesso dos Usuários ao Serviço

As condições de acesso ao Serviço, conforme dispõe a Tipificação, vincula-se à condição de pessoa idosa, de acordo com o Estatuto do idoso e à condição de pessoa com deficiência, conforme define a Lei Brasileira de Inclusão – Estatuto da Pessoa com Deficiência. No geral, as condições de acesso estão vinculadas à vivência de vulnerabilidades sociais que, associadas ou não a barreiras culturais, sociogeográficas e de comunicação e/ou atitudinais dificultam ou impedem a adesão e o acesso regular às ofertas nas unidades da rede socioassistencial no território.

Para a definição do acesso ao serviço, cabe levar em conta se as necessidades apresentadas pelo usuário e família. A inclusão de usuários no Serviço deve considerar a necessidade de atendimento por meio de visita ou encontro sistemático de pelo menos uma vez ao mês. Esta é a periodicidade mínima recomendada para caracterizar a regularidade da oferta no domicílio, salvo avaliação dos territórios dispersos, área com acesso por meio de transporte específico ou comunidades de grupos culturalmente diferenciados, em respeito às singularidades culturais.

- ☛ **Forma de acesso ao Serviço:** a Tipificação define por encaminhamento do CRAS do território de abrangência da oferta. Onde só tiver um CRAS, a abrangência territorial da oferta será o município. O CRAS é uma porta aberta as demandas socioassistenciais no território, como também de identificação de populações específicas e mais vulneráveis visando o acesso a direitos. Sendo assim, a identificação de usuários para o acesso ao Serviço no Domicílio pode se dá preferencialmente pelo PAIF, mas, também por busca ativa e/ou por acolhida da própria equipe do Serviço, especialmente quando receber demandas da rede intersetorial e dos órgãos de defesa de direitos.

A busca ativa, aqui indicada, diz respeito à procura intencional, no território, de pessoas idosas ou com deficiência, identificadas nas listas do BPC e do Programa Bolsa Família ou encaminhadas pelos órgãos de defesa de direitos, desde que apresentem perfil e necessidade de inclusão no Serviço. Essa busca ativa pode ser feita por meio do deslocamento de profissionais da equipe ao endereço indicado, no sentido de informar, orientar e avaliar a necessidade e a possibilidade de adesão ao Serviço. Sendo possível, esse atendimento pode ser agendado por telefone ou correspondência.

A determinação do encaminhamento pelo CRAS fundamenta-se na concepção de que, conforme o porte do município, cada CRAS deve referenciar um conjunto de famílias do território de sua abrangência. Considera-se família referenciada aquela que vive em área caracterizada como de vulnerabilidade, tomando-se por base as informações do Cadastro Único dos Programas Sociais (CadÚnico). Ser referência pressupõe reconhecer e compartilhar, com toda a rede socioassistencial do território, os esforços para que as famílias que referencia e seus membros possam ter suas demandas socioassistenciais atendidas, na sua integralidade. Essa direção orienta os fluxos locais para o acesso do público ao serviço.

No caso da oferta do Serviço em parceria com entidade ou organização de Assistência Social, que deverá ser referenciada a um CRAS, cabe ao órgão gestor da política de Assistência Social definir o CRAS que fará o referenciamento do Serviço e a este caberá realizar os encaminhamentos dos usuários. Com isso, reafirma-se que a rede não deverá realizar encaminhamento diretamente para a entidade, e sim, para o CRAS de referência.

No caso da oferta do Serviço pelo próprio CRAS, a equipe técnica do Serviço, ao receber o encaminhamento da rede, deve programar a acolhida no domicílio visando reconhecer as necessidades e obter a adesão formal ao Serviço. No caso da oferta compartilhada com uma entidade ou organização de Assistência Social, o técnico responsável pelas atribuições relativas ao referenciamento do CRAS, ao receber o encaminhamento da rede, deve orientar a equipe do serviço da entidade para programar a acolhida no domicílio, tendo em vista o reconhecimento das demandas e a adesão do usuário e da família ao Serviço.

Sempre que a acolhida no domicílio não se traduzir na inclusão no Serviço, seja pela não adesão do usuário e sua família, seja pelo não reconhecimento de demandas de visita periódica para orientação e suporte aos cuidados familiares dentro do escopo do Serviço, a equipe deve comunicar ao órgão ou à instituição da rede que fez o encaminhamento.

5.5. Equipe de Referência para o Desenvolvimento do Serviço

A equipe de referência do Serviço pressupõe um conjunto de profissionais efetivos de nível superior e de nível médio. De forma planejada e intencional, esses profissionais compartilham a responsabilidade com os processos de trabalho e os resultados pelo atendimento de proteção e cuidado no domicílio de pessoas com deficiência e de pessoas idosas da mesma área territorial.

Em função das características do Serviço, cujo foco é o atendimento periódico e planejado no domicílio dos usuários, a definição de equipe de referência e da sua capacidade de atendimento pressupõe considerar algumas questões importantes:

- ☛ regularidade, frequência, tempo da visita ou encontro e características do atendimento aos usuários e a seus cuidadores e famílias. Considerando a natureza do serviço e o perfil das atividades, recomenda-se planejar a duração da visita no domicílio para até 2 horas, com a flexibilidade necessária para as situações que demandar maior tempo;
- ☛ singularidades das atribuições dos profissionais de nível médio e superior;
- ☛ possíveis heterogeneidades das situações dos usuários, como: tipo de deficiência, ciclo de vida, gênero, grau de autonomia, suporte de cuidados existentes, entre outras;
- ☛ contextos familiares: composição do núcleo familiar, perfil do cuidador familiar e rede de apoio existente;
- ☛ contexto territorial: área com dispersão territorial ou com grande densidade urbana, condições de deslocamento, rede de serviços existentes;

A definição da equipe do Serviço tem intrínseca vinculação à realidade local. Todavia, é importante dimensionar, como diretriz nacional, a equipe de referência, tendo em vista resguardar, minimamente, a natureza do Serviço, a composição, a capacidade de atendimento, a qualificação da equipe e também, de alguma forma, definir parâmetros de custo e de investimento das esferas de governo no Serviço.

Para recomendar a equipe necessária, cabe recorrer à Norma Operacional de Recursos Humanos (NOB-RH-SUAS, 2006) e às resoluções do CNAS. A Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011, reconhece as categorias profissionais de nível superior obrigatórias para a proteção social básica e especial (de média e alta complexidade) e aquelas para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais; já a Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014, reconhece as ocupações e as áreas de ocupações dos profissionais de nível médio do SUAS, podendo assim a composição da equipe de referência do serviço também incluir profissionais de nível médio, observado as suas atribuições definidas na Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014. Em relação aos profissionais de nível superior, os Assistentes Sociais, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais têm perfis de formação recomendados para o trabalho com esse público.

É imprescindível observar também a NOB-RH-SUAS (2006) para garantir profissionais efetivos, ou seja, concursados, pois, além de atender os preceitos da administração pública, contribui para que a oferta do serviço seja contínua e ininterrupta e favoreça a construção de vínculos entre os usuários e a equipe. Quando da atuação de estagiários na equipe, seja na modalidade curricular ou extracurricular, é importante que sejam atendidos os dispositivos previstos em lei, inclusive a garantia de supervisão. De maneira alguma, o estagiário poderá substituir um profissional de nível superior. Todavia, nada impede que estudantes universitários sejam admitidos para realização de atribuições definidas para os profissionais de nível médio.

A partir dessas considerações, recomenda-se que a composição da equipe de referência contemple:

- ☛ A perspectiva multidisciplinar assegurando profissionais de nível superior de pelo menos duas áreas;
- ☛ Uma coordenação para o Serviço no território de abrangência do CRAS desempenhada por um profissional de nível superior com experiência e habilidades para fazer gestão de equipe e serviço;
- ☛ Profissionais de nível médio, seja orientador social, educador social, cuidador social ou ambos profissionais, considerando as necessidades e perfis do conjunto de usuários.

A definição da capacidade de atendimento da equipe de referência deve considerar o respeito às singularidades locais, a exemplo de: capacidade de atendimento ou encaminhamento do CRAS, perfil dos usuários, dispersão territorial e meio de deslocamento dos profissionais para os territórios e dentro dos territórios. As diferenças locais devem ser observadas, uma vez que o número de profissionais e o número de usuários sob a responsabilidade da equipe pode ser determinante da qualidade do Serviço. A atuação dos profissionais de nível médio no Serviço por meio da realização de visitas domiciliares sistemáticas deverá ocorrer sob a orientação técnica e o acompanhamento pelos profissionais de nível superior.

Nessa direção recomenda-se a seguinte equipe de referência:

- ☛ Dois (2) profissionais de nível superior, sendo um assistente social e um psicólogo ou terapeuta ocupacional.
- ☛ Até 20 profissionais de nível médio podendo cada profissional de nível médio atender por meio de visitas domiciliares sistemáticas até 20 usuários, em acordo com a realidade local.
- ☛ Uma coordenação do serviço no território vinculada ao CRAS do território de abrangência.

No caso de oferta do serviço em parceria com entidade ou organização de Assistência Social, esta coordenação vinculada ao CRAS será a responsável pela referência junto à entidade.

A definição do número de usuários e de profissionais de nível médio por equipe, respeitadas as referências de capacidade de atendimento, deve considerar a localização e a proximidade espacial dos domicílios, os meios de deslocamento, o perfil das atividades e a frequência dos atendimentos no domicílio, pois alguns usuários podem demandar atendimentos semanais, outros, quinzenais e outros, mensais. Além disso, deve ser levado em conta o tempo necessário de atendimento por domicílio, que poderá ser organizado em horas por turno ou em turnos. É possível que a equipe tenha que atender usuários com demandas de frequência e tempo de atendimento diferente. Cabe à gestão do Serviço adequar a organização da equipe às particularidades dos usuários e do território.

Para resguardar a qualidade dos vínculos dos profissionais com os usuários, as condições técnicas de atendimento e de saúde emocional desses, recomenda-se que cada profissional de nível médio, considerando uma carga horária de 40 horas semanais, atenda no máximo dois (2) usuários por turno e organize a programação de atendimento no domicílio por no máximo oito (8) turnos por semana, reservando dois turnos semanais para as atividades de planejamento, estudo de caso com os técnicos, participação em outras atividades internas ou externas desenvolvidas pela equipe. Essas referências devem adequar-se à carga horária de trabalho dos profissionais.

Considerando o perfil dos usuários, pessoas com deficiência de todas as idades e pessoas idosas, recomenda-se que a equipe de profissionais de nível médio seja integrada por homens e mulheres, com idade a partir de 18 anos, boas condições de saúde física e emocional, facilidade de adesão às orientações sobre o serviço e boa capacidade de trabalhar em equipe.

É importante ressaltar que as equipes de nível superior recomendadas anteriormente poderão ser ampliadas, conforme categorias reconhecidas pelo SUAS, de acordo com as necessidades locais,

observadas: a heterogeneidade das situações vivenciadas pelos usuários; o ciclo de vida; as características dos territórios; a exemplo de comunidades tradicionais, ribeirinhos e rurais; a carga horária de trabalho dos profissionais da equipe, entre outros aspectos.

Condições de trabalho para a equipe do Serviço!

A oferta do Serviço pelo CRAS requer a garantia de condições de trabalho à equipe, sem prejuízo a oferta do PAIF. Para isso, a gestão deve destinar, no mínimo, uma sala de referência, com telefone e computadores, mesa de reunião, cadeiras e armários. Essa infraestrutura é necessária para a guarda de material de trabalho, para a definição de agendas e atividades diárias e semanais; discussões de casos; planejamento; definição de atividades com os parceiros envolvidos, entre outras rotinas do Serviço. Quando a oferta do Serviço for compartilhada com uma entidade ou organização de Assistência Social, as condições de trabalho devem ser igualmente garantidas.

5.6. Perfil e Atribuições dos Profissionais da Equipe

Os recursos humanos do Serviço constituem elemento essencial para a qualidade do trabalho social com os usuários, seus cuidadores e suas famílias. Portanto, a organização da equipe de referência requer profissionais com perfil apropriado e que reúna um conjunto de conhecimentos técnicos e habilidades que sejam compatíveis com a natureza, com a metodologia e com os objetivos do serviço.

Nessa lógica, é importante que todos os profissionais da equipe tenham conhecimento básico sobre:

- ☞ Política de Assistência Social e suas principais normativas;
- ☞ Políticas, legislações e convenções relacionadas a crianças e adolescentes, a pessoas idosas, a pessoas com deficiência e a mulheres;
- ☞ Envelhecimento em suas dimensões biológica, psicológica e social;
- ☞ Acessibilidade e inclusão social das pessoas com deficiência;
- ☞ Deficiência – conceito e tipos de deficiência;
- ☞ Ética e direitos humanos;
- ☞ Direito à privacidade e ao sigilo, observadas as normativas de notificação compulsória de situações de violações de direito;
- ☞ Direito de optar ou não pela adesão ao Serviço;
- ☞ Direito de um atendimento qualificado e respeitoso;
- ☞ Mitos, preconceitos e representações sociais em relação à pessoa idosa e à pessoa com deficiência;
- ☞ Cuidados e orientações em relação a atividades da vida diária;
- ☞ Dimensão ética do trabalho com a pessoa idosa e com a pessoa com deficiência no domicílio;
- ☞ Cuidado familiar - direitos e deveres da família no cuidado com a pessoa idosa e com pessoa com deficiência;
- ☞ Reconhecimento de redes informais de cuidado existentes no território;

- ☞ Cuidado no domicílio – cuidado formal e cuidado no campo das políticas públicas.
- ☞ Organização e ofertas locais da rede socioassistencial;
- ☞ Organização e ofertas locais das políticas públicas e órgãos de defesa de direitos;

Esses conhecimentos básicos podem ser assegurados por meio de uma capacitação inicial de toda equipe, no momento da implantação do Serviço.

Também é importante assegurar a toda equipe algumas habilidades:

- ☞ Habilidades para trabalhar em equipe interdisciplinar;
- ☞ Habilidade de comunicação e para escutar e conversar com pessoas idosas e com pessoas com deficiência, respeitando suas limitações, desabafos e necessidade de contar sua história;
- ☞ Sensibilidade para ser ponto de afeto, carinho e cuidado;
- ☞ Habilidades para relacionar-se com diferentes arranjos e dinâmicas familiares e comunitárias-territoriais;
- ☞ Autocontrole para transmitir segurança e tranquilidade em situações críticas;
- ☞ Flexibilidade e discrição para lidar com novas situações;
- ☞ Criatividade, paciência, capacidade de exercitar a tolerância e de trocar experiências;
- ☞ Habilidades para relacionar-se com diferenças e com os diferentes;
- ☞ Habilidade de observar e de manter-se atento a detalhes;
- ☞ Habilidade para lidar com a imprevisibilidade;
- ☞ Habilidade para respeitar as relações de afeto e a privacidade familiar.

Atribuições da Coordenação do Serviço no Território de Abrangência do CRAS

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

Atribuições dos Profissionais de Nível Superior

- ☞ Participar nos processos de planejamento, organização e implantação do Serviço no território;
- ☞ Participar na elaboração, implementação e avaliação dos fluxos com a rede socioassistencial e intersetorial relacionados à atuação do Serviço em rede;
- ☞ Participar de reuniões, encontros ou grupos de trabalho para discussões de casos em atendimento comum, análise de informações sobre o território, alinhamento conceitual entre os serviços existentes no território, entre outras;
- ☞ Promover permanente articulação com a equipe do Paif para estudo de casos ou para assegurar a complementariedade entre os dois serviços;
- ☞ Organizar o atendimento dos usuários por território de moradia para facilitar e potencializar o deslocamento dos profissionais até o domicílio;

- ☞ Planejar, organizar e realizar a acolhida no domicílio, definindo a metodologia e os profissionais envolvidos;
- ☞ Realizar a busca ativa de usuários e /ou orientar educadores ou orientadores sociais para fazê-los;
- ☞ Coordenar a elaboração e a avaliação participativa do Plano de Desenvolvimento do Usuário – PDU de cada usuário;
- ☞ Planejar com os profissionais de nível médio a natureza, a organização, a periodicidade e a duração das atividades no domicílio aos usuários;
- ☞ Orientar e apoiar os profissionais de nível médio no desenvolvimento das atividades no domicílio;
- ☞ Avaliar e definir a necessidade de suporte aos cuidados familiares diante da necessidade de descanso e/ou autocuidado do cuidador familiar;
- ☞ Planejar, organizar e facilitar as rodas de diálogos com a família no domicílio, definindo a metodologia e a periodicidade mais adequada;
- ☞ Articular a inserção do Serviço nos processos de mobilização para a cidadania no território;
- ☞ Planejar e coordenar os encontros grupais com as famílias e cuidadores familiares no território, definindo a metodologia e a periodicidade mais adequada;
- ☞ Elaborar instrumentais de trabalho e a organização dos registros de informações produzidas no âmbito do atendimento;
- ☞ Definir as estratégias e as ferramentas teórico-metodológicas que possam qualificar a atuação do Serviço no domicílio e no território;
- ☞ Definir e organizar as agendas e as rotinas de trabalho;
- ☞ Manter as informações sobre o atendimento aos usuários, atualizadas;
- ☞ Realizar reuniões interdisciplinares para estudos de casos;
- ☞ Organizar e realizar o monitoramento dos encaminhamentos à rede;
- ☞ Participar nas atividades de capacitação e formação permanente da equipe;
- ☞ Realizar reuniões de equipe, estudos de casos e atividades correlatas;
- ☞ Participar das reuniões para avaliação das ações e resultados atingidos;
- ☞ Elaborar relatórios das ações realizadas;
- ☞ Outras atividades inerentes ao Serviço, de acordo com a realidade local.

Atribuições dos Profissionais de Nível Médio

Para os profissionais de nível médio, apontam-se algumas atribuições referenciais, em consonância com a natureza e dinâmica do Serviço e, em especial, com as atribuições estabelecidas na Resolução CNAS n° 09/2014 para a ocupação de cuidador social:

- ☞ Participar nos processos de planejamento do Serviço;
- ☞ Participar na elaboração de instrumentais de trabalho;
- ☞ Participar nos processos de organização do atendimento dos usuários por território de moradia para facilitar e potencializar o deslocamento dos profissionais até o domicílio;
- ☞ Participar na elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU) de cada usuário acompanhado;

- ☞ Organizar a programação periódica das visitas ou encontros no domicílio de cada usuário acompanhado, com a definição da frequência e do tempo de atendimento;
- ☞ Planejar o desenvolvimento das visitas ou encontros no domicílio, de acordo com as atividades previstas para cada usuário;
- ☞ Prestar orientação aos usuários e a suas famílias sobre o Serviço, sobre o SUAS e sobre a rede de serviços e ações existentes no território;
- ☞ Contribuir para o reconhecimento de direitos dos usuários e cuidadores familiares e para o estímulo à participação social e a melhoria da autoestima;
- ☞ Apoiar a realização de atividades envolvendo o usuário, o cuidador (a) e/ou outros familiares no espaço do domicílio como: orientar os cuidados com a organização de espaços acessíveis na moradia, a organização da higiene do ambiente, a organização de atividades lúdicas que favoreçam as interações no ambiente do domicílio, o acesso a alimentação e a adoção de hábitos alimentares saudáveis e/ ou orientação e suporte a atividades de autocuidados;
- ☞ Estimular a mobilização de cuidadores-colaboradores, junto à família ampliada/extensa, à vizinhança ou junto ao círculo de amizades da pessoa;
- ☞ Orientar aos usuários e cuidadores familiares sobre o acesso à documentação pessoal e à tecnologia assistiva, a partir da identificação de demandas durante o atendimento e do reconhecimento da dimensão da intersetorialidade nessas questões;
- ☞ Apoiar o usuário e o seu cuidador familiar no planejamento e na organização de sua rotina diária favorecendo a autonomia e a proteção mútua entre os membros da família;
- ☞ Apoiar e acompanhar os usuários em atividades externas, por meio de metodologias que favoreçam a autonomia e a participação social;
- ☞ Apoiar a equipe técnica nos processos de encaminhamentos dos usuários e suas famílias para acesso a serviços, programas, projetos, benefícios e transferência de renda, quando necessário;
- ☞ Estimular a participação de cuidadores e familiares nos encontros do território e nas atividades de mobilização para a Cidadania;
- ☞ Utilizar o instrumental para o registro do dia, horário de chegada e de saída do ambiente domiciliar e anotações de ocorrências com impacto na sua atuação;
- ☞ Participar nas reuniões de estudo de caso dos usuários atendidos;
- ☞ Dar suporte à equipe técnica nas rodas de diálogo com as famílias e nos encontros territoriais com famílias e cuidador (a) familiar;
- ☞ Participar nas ações de mobilização para a cidadania no território;
- ☞ Participar nas reuniões de equipe para o planejamento de atividades, avaliação de processos, fluxos de trabalho e resultados;
- ☞ Participar da capacitação introdutória, ou seja, prévia à atuação no domicílio;
- ☞ Participar das atividades de educação permanente da equipe;
- ☞ Apoiar aos demais profissionais no que se refere ao registro e organização de informações sobre o serviço;
- ☞ Outras atividades inerentes ao Serviço, de acordo com a realidade local.

5.7. Capacitação da Equipe do Serviço

O trabalho social, na perspectiva da proteção social básica no domicílio com pessoas idosas e pessoas com deficiência, exige, para além do conhecimento da realidade local, capacidade teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, tanto dos profissionais de nível superior quanto dos profissionais de nível médio (cuidador social, orientador social e educador social). Essa capacidade é construída não só pela formação acadêmica ou cursos formais, mas também pelas vivências, experiências acumuladas na trajetória profissional e é, especialmente ampliada, nos processos de educação permanente⁴⁹, possibilitados pelas ações de formação e capacitação empreendidas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A cultura da educação e formação permanente dos profissionais, no sentido amplo e enquanto processo sistemático e contínuo, é de responsabilidade e iniciativa da gestão e também do trabalhador do SUAS. Formação não é somente acúmulo de informação. É, sobretudo, saber utilizar a informação para ampliar a leitura da realidade e aperfeiçoar as práticas profissionais.

Para a Norma Operacional de Recursos Humanos (NOB-RH-SUAS, 2006), a educação permanente é fundamentada na qualidade dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais e prima pelo investimento em múltiplas formas de capacitação e formação. Essas múltiplas formas se concretizam na elaboração de ações de capacitação e formação, pautadas em instrumentos criativos e inovadores que consideram as especificidades das diferentes situações e dos diferentes públicos da Política de Assistência social.

Nesse sentido, é indispensável que o órgão gestor de Assistência Social institua programação ou processos de formação e capacitação para toda a equipe, para qualificar as intervenções profissionais, as ações do Serviço e a articulação com a rede.

Os processos de capacitação podem abordar temáticas gerais, transversais e relacionadas às demandas específicas dos usuários, das famílias e dos territórios. É igualmente importante abordar e refletir sobre as funções que cada profissional desempenha no Serviço, assim como sobre as diversas estratégias de trabalho, metodologias utilizadas e instrumentos de registro e sistematização de informação.

Para além de programações específicas de capacitação ofertadas no âmbito do SUAS, pode-se adotar várias estratégias voltadas à formação da equipe, a exemplo de:

⁴⁹ Entende-se por “educação permanente” o processo contínuo de atualização e renovação de conceitos, práticas e atitudes profissionais das equipes de trabalho e diferentes agrupamentos, a partir do movimento histórico, da afirmação de valores e princípios e do contato com novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Processo esse mediado pela problematização e reflexão quanto às experiências, saberes, práticas e valores pré-existentes e que orientam a ação desses sujeitos no contexto organizacional ou da própria vida em sociedade (Política Nacional de Educação Permanente do SUAS, MDS, 2013, p. 34).

- ☛ disponibilização aos profissionais de materiais institucionais, textos, legislações, regulações, livros e outros que contribuam para discussões organizadas pela própria equipe;
- ☛ acompanhamento dos profissionais iniciantes no Serviço por profissionais mais experientes, para que esses gradativamente se apropriem da dinâmica do trabalho e ampliem seus conhecimentos sobre a realidade local e as demandas específicas dos usuários;
- ☛ organização de momentos de integração em equipe para troca de informações e de experiências, estudos de caso e grupos de estudos;
- ☛ participação da equipe em cursos, seminários, palestras e outros eventos ofertados pela rede socioassistencial ou intersetorial;
- ☛ multiplicação e socialização de conhecimento entre os componentes da equipe;
- ☛ identificação de alguma demanda de formação (aperfeiçoamento, capacitação, especialização, mestrado profissional, dentre outras) mais específica, decorrente da natureza do trabalho, e negociação de vagas de formação junto a instituições de ensino;
- ☛ organização de programação de supervisão técnica⁵⁰, no sentido da aquisição de subsídios teóricos e metodológicos, operativos e éticos sobre as alternativas de intervenção profissional.

Recomenda-se que a formação deve ser abrangente, de natureza técnica, gerencial operacional, dirigida ao conjunto dos(as) profissionais envolvidas no atendimento.

5.7.1. Capacitação Introdutória para os Profissionais de Nível Médio

Muito embora o CNAS tenha reconhecido a ocupação dos profissionais de nível médio e definido suas atribuições no âmbito do SUAS, a exemplo das atribuições do cuidador social, o atendimento no domicílio do usuário, que é um ambiente privado, requer a realização de capacitação inicial/introdutória, específica, no sentido de qualificar a atuação no domicílio e, sobretudo, evitar atuação invasiva, de cunho fiscalizatório, ou desrespeitoso para com modos de vida de cada usuário e família.

Recomenda-se uma carga horária mínima de 40 horas/aula de duração, com realização prévia a atuação no domicílio. Os conteúdos podem ser organizados em três módulos⁵¹:

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

50 Deve-se observar a Resolução CNAS nº 06/2016, que estabelece os parâmetros nacionais para a Supervisão Técnica, compreendida como um tempo na organização do trabalho que deve mobilizar gestores e trabalhadores para reflexão e estudo coletivo acerca de questões relacionadas aos seus processos cotidianos de trabalho, às suas práticas profissionais, às articulações com o território, na perspectiva institucional e intersetorial.

51 Ver conteúdo básico sugerido no item atribuições e perfil da equipe.

- ☛ **Módulo Específico** – aspectos gerais sobre o território, redes existentes, barreiras sociogeográficas com implicações na vida das pessoas idosas ou das pessoas com deficiência, diversidades territoriais e familiares, grupos culturalmente diferenciados, vulnerabilidades que podem estar implicadas à vida dos usuários, entre outros.
- ☛ **Módulo Instrumental** – atuação ética no domicílio, planejamento de atividades, estudo de caso, atitudes frente a situações de notificação compulsória de indícios de violação de direitos, instrumentais de trabalho, rotinas, sistemática de orientação técnica da equipe, logística do atendimento, organização e gestão do tempo para as atividades internas, entre outros.

5.8. Acompanhamento, monitoramento e avaliação do Serviço

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

O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação são elementos de responsabilidade comuns à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, no que tange a todos os serviços e ações socioassistenciais. São processos interligados, que perpassam a gestão e o cotidiano do trabalho, por isso é fundamental garantir o seu caráter participativo, no sentido de envolver os gestores, as equipes, os usuários e a rede parceira.

No caso particular desse Serviço, seu efetivo monitoramento⁵² e avaliação pressupõem o registro, a produção e a organização de informações sobre sua gestão, sobre as ações desenvolvidas e sobre os processos de trabalho. Tudo isso na forma adequada e com a integridade, a qualidade e a confiabilidade necessária, pois as ações de monitorar e avaliar exigem a interpretação de informações confiáveis. Não se pode esquecer que somente a partir de informações claras, a gestão e a equipe podem fazer novas escolhas, redimensionar ações ou mesmo ressignificar intervenções, vivências e compromissos.

Os gestores da Assistência Social têm papel estratégico, tanto na instituição de instrumentos de registro confiáveis como na sistematização e disseminação de informações que possam produzir conhecimento, a partir da implementação do serviço. Para isso, a criação de espaços intrasetoriais e intersetoriais de diálogo e de construção de indicadores de monitoramento e avaliação torna-se fundamental.

Em relação aos registros dos atendimentos, são parte constitutiva do serviço, devendo atender a parâmetros técnicos e éticos com base em direitos como a privacidade, o sigilo e a dignidade humana.

52 Monitoramento pode ser compreendido como um processo de observação regular e sistemático do desenvolvimento das ações, das estratégias e atividades, do uso dos recursos e do alcance de resultados, comparando-os com o planejamento inicial.

Nessa linha, a utilização de instrumentais técnicos adequados permite registrar e armazenar um conjunto de informações pertinentes ao trabalho desenvolvido, a exemplo das ações realizadas, recursos utilizados, usuários e situações atendidas, encaminhamentos realizados e resultados alcançados, entre outros. Esse conjunto de informações permite construir, minimamente, um painel de indicadores capazes de possibilitar a leitura do funcionamento do serviço e do seu impacto junto aos usuários e às suas famílias.

Para tanto, pode-se pensar em construir painéis de indicadores que abarquem certos aspectos/dimensões, a exemplo de: territórios com cobertura do Serviço; ofertas diretas pelos CRAS e por entidades de Assistência Social; quantidade de usuários atendidos; ciclo de vida, gênero, prevalência dos tipos de deficiência e condição de dependência dos usuários; acesso à transferência de renda; acesso a outros serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas; vínculo do cuidador com o usuário; regularidade e periodicidade do atendimento no domicílio com usuários e família; tipos de atividades desenvolvidas no território; permanência dos usuários no convívio familiar; entre outras possibilidades.

A Tipificação aponta alguns impactos sociais esperados pelo Serviço, conforme segue:

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

À luz da previsibilidade desses impactos, é possível ampliar o painel de indicadores tanto para avaliar os resultados do Serviço quanto as possíveis transformações no contexto do cuidado familiar e no contexto do território. Para isso, é muito importante promover o registro e o armazenamento do conjunto de informações existentes na ocasião da inserção dos usuários no Serviço, pois, no futuro, a leitura dos resultados e impactos alcançados carece do conhecimento do passado para sua comparação. Isso se chama linha de base, por isso, o registro da acolhida no domicílio é fundamental.

Ao pensar na construção de indicadores, cabe observar o que diz Jannuzzi (2005) em relação à objetividade dos indicadores. Para ele, há os indicadores objetivos – normalmente, quantitativos, construídos a partir de registros administrativos ou de estatísticas públicas – e há os indicadores subjetivos - em geral, qualitativos, construídos a partir da avaliação dos indivíduos ou de especialistas com relação a diferentes aspectos da realidade.



5.9. Normativas relacionadas à fundamentação do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas

- ☞ Constituição da República Federativa do Brasil (1988).
- ☞ Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993).
- ☞ Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004).
- ☞ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB-SUAS (2005).
- ☞ Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH-SUAS (2006).
- ☞ Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas alterações).
- ☞ Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994).
- ☞ Política Nacional para a Inclusão da Pessoa com Deficiência, 1999.
- ☞ Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003).
- ☞ Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.
- ☞ Organização Mundial de Saúde, 2004.
- ☞ Plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, 2006.
- ☞ Legislações referentes ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007; Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008, e Portaria MDS nº 44, de 25 de fevereiro de 2009.
- ☞ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, 2008.
- ☞ Protocolo de gestão integrada de serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, 2009.
- ☞ Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.
- ☞ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB-SUAS (2012).

Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas

- ☛ Política Nacional de Educação Permanente do SUAS – PNEP/SUAS. (Resolução CNAS nº 04 de 13 de março de 2013).
- ☛ Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Inclusão das Pessoas com deficiência ao Mercado de trabalho. Lei 8.213 de 24 de julho 1991).

BRASIL. Regime Geral de Previdência. Lei 8.213/1991

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.

Brasil. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília, 1993, alterada pela lei 12.435/2011).

Brasil. Lei 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso.

Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro).

Brasil. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências.

Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social. Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Brasília, 2005.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância e Saúde. Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Diretoria Colegiada da ANVS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social. Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Estudos. Envelhecimento e Dependência: Desafios para a Organização da Proteção Social. Coleção da Previdência Social, volume 28, Brasília, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS. Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Cuidador. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. 2ª edição, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe epidemiológico nº 44. Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Disponível em acesso <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21852-quais-as-causas-da-microcefalia>. Consulta realizada em 28/09/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Atlas do Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas>.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Consultoria, produto IV. Documento abordando, concepção e metodologia para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas. Novembro, 2010.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Redes de Proteção Social. Coordenação da publicação [Isa Maria F. R. Guará]. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. Disponível em <http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social e estabelece seus requisitos. Resolução nº 34, de 28 de novembro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado da Assistência Social- CREAS. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas Sobre o PAIF: O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Vol 1-Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas Sobre o PAIF: Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF – Vol 2-Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República. Cartilha do Censo 2010, Pessoas com Deficiência. Brasília: 2012.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Caminhos para uma vida saudável na perspectiva da saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente do SUAS/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – 1ª ed. – Brasília: MDS, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro-Dia de referência para pessoas com deficiência: orientações técnicas: serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Concepção de Convivência e fortalecimento de Vínculo, MDS, 2013.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Protocolo Nacional Conjunto para proteção integral a crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de desastres. Brasília, 2013.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e pesquisas. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. RJ, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Fundamentos ético-políticos e rumos teórico-metodológicos para fortalecer o Trabalho Social com Famílias na Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2016

MINISTÉRIO DO
**DESENVOLVIMENTO
SOCIAL**

