

RESOLUÇÃO COMAS - SP Nº 1071 DE 23 DE FEVEREIRO DE 2016.

Dispõe sobre aprovação da Norma Técnica Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva.

O Plenário do CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO PAULO - COMAS-SP, no uso das competências que lhe conferem a Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, conforme redação da Lei Federal nº 12.435 de 06 de julho de 2011; a Lei Municipal nº 12.524, de 1 de dezembro de 1997; o Decreto nº 38.877, de 21 de dezembro de 1999; o artigo 3º, do Regimento Interno (Resolução COMAS-SP nº 568/2012), na reunião ordinária de 23 de fevereiro de 2016 e

Considerando a Resolução COMAS/SP nº 1020/2015 de 30 de junho de 2015, que dispõe sobre a aprovação de adequações no Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva.

Considerando o parágrafo único do artigo 1º da Resolução COMAS/SP nº 1020/2015 de 30 de junho de 2015.

RESOLVE:

Artigo 1º – Aprovar a Norma Técnica do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva, conforme Anexo I;

Artigo 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

CÁSSIA GORETI
Presidenta
COMAS-SP

NORMA TÉCNICA

ANEXO I

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA JOVENS E ADULTOS COM DEFICIÊNCIA EM RESIDÊNCIA INCLUSIVA

I. Introdução

O presente documento apresenta diretrizes técnicas para o desenvolvimento do trabalho de acolhimento institucional, destinado às pessoas com deficiência na Política de Assistência Social do Município de São Paulo, especificamente no Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva - RI, cuja elaboração teve por base os referenciais legais da política da Assistência Social e dos Direitos das Pessoas com Deficiência, referencial teórico sobre o tema, as reflexões e análises realizadas no Grupo de Trabalho/Pessoa com Deficiência, formado por técnicos representantes da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS, da Supervisão de Assistência Social - SAS, do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, e a contribuição de técnicos das SAS onde são executados serviços de acolhimento para este segmento em parceria com organizações sociais desde 2008, e das SAS onde se prevê a implantação de Residências Inclusivas.

As Orientações Técnicas para o Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva/2012, da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS, de suma importância para efetivação do serviço, norteiam a concretização de um atendimento qualificado destinado a uma demanda cujo respeito, proteção e promoção dos direitos humanos devem estar no cerne de todas as ações. No entanto, reconhecemos que há, ainda, um caminho a ser percorrido na discussão e reflexão técnicas a serem levadas a efeito de forma permanente, considerando as especificidades e a singularidade do público atendido, que, para além de qualquer diagnóstico ou fragilidades que os vulnerabilizam, são efetivamente sujeitos de direitos.

Do Censo demográfico/IBGE/2010, foram identificadas no município de São Paulo 9.344.109 pessoas que declararam ter algum tipo de deficiência, significando 22,6% sobre a população total. São pessoas que, de alguma forma, estão impedidas total ou parcialmente da realização de suas atividades pessoais e/ou sociais, quer seja a deficiência congênita quer seja adquirida ao longo de suas vidas.

Dessas, 64.661 são beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – BPC, de acordo com dados disponibilizados em Março de 2015 pelo Centro de Geoprocessamento e Estatística, da Coordenadoria de Observatório de Políticas Públicas/SMADS, elaborado a partir de dados do MDS, BPC Pessoa com Deficiência/2014.

Diante da dimensão de uma população sujeita a vulnerabilidades que demandam a atuação do poder público, pelas diversas áreas e em diversos aspectos, não está excluída a necessidade do acolhimento institucional, quer seja pela extrema fragilização dos vínculos familiares, que resultam no abandono da pessoa com deficiência, quer pela sua impossibilidade de autossustentação e de gerir a própria vida.

A partir da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado na ONU, em 30 de março de 2007, ratificada com equivalência constitucional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008 e promulgada pelo Decreto Federal nº 6.949 de 25/08/2009, e para cumprir com os compromissos assumidos, o Brasil propõe no Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, no Eixo Inclusão, a organização do serviço Residência Inclusiva.

Assim, o acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência já se destaca na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais - Resolução 109/2009, do CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social.

O Município de São Paulo, em Abril/2013, assina o Termo de Adesão ao Plano Viver sem Limite, resultando no “Plano São Paulo Mais Inclusiva”, e dando materialidade ao Programa de Metas 2013-2016, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS, dá início à implantação de Residências Inclusivas, em Janeiro/2014.

Desta forma, também passa a romper com a lógica da internação, ou da instituição total, para aqueles que se poderia pressupor aliados do direito à convivência familiar e comunitária, sujeitos à privação de afeto, de liberdade, ou de se reconhecer seus desejos e vontades; enfim, ser reconhecidos como sujeitos de direitos e, certamente, do direito à cidadania.

A Residência Inclusiva, para além de um serviço de acolhimento institucional, deve se constituir, para cada um de seus residentes, no lugar onde se mora, onde se vive, e que possibilita o reconhecimento mútuo entre seus moradores, onde se vivencia o pertencimento, e não se permita que o isolamento ocupe espaço.

II. Caracterização do Serviço

A Residência Inclusiva – RI, é uma modalidade de serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, a partir dos 18 anos de idade, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência, constituindo-se no local de referência de moradia do usuário. É uma unidade de serviço de âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade e, prioritariamente, destina-se aos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC.

1. Finalidade

A finalidade do serviço é propiciar a construção progressiva da autonomia e do protagonismo no desenvolvimento das atividades de vida diária, a inserção comunitária e participação social, e o fortalecimento dos vínculos familiares com vistas à reintegração e/ou convivência.

2. Funcionamento

Ininterrupto, 24 horas diárias.

3. Objetivo Geral

O serviço tem como objetivo acolher e garantir proteção integral para jovens e adultos com deficiência em situação de dependência.

4. Objetivos Específicos

E, como objetivos específicos:

- Contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos;
- Promover o restabelecimento de vínculos familiares e sociais;
- Promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de deficiência.
- Contribuir para a construção progressiva da autonomia, com maior independência e protagonismo no desenvolvimento das atividades de vida diária e participação social.
- Promover a inclusão de jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, na vida comunitária e social;
- Contribuir para a interação e superação de barreiras;
- Promover o acesso a cursos de capacitação/preparação para o mundo do trabalho e a atividades profissionalizantes;
- Promover o acesso a programações culturais, de esporte e de lazer, relacionando-as a interesses, vivências e desejo dos usuários;
- Promover a articulação e o acesso à rede socioassistencial, às demais políticas públicas e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

5. Capacidade Prevista

A capacidade prevista para o atendimento na Residência Inclusiva é de **até 10** jovens e /ou adultos com deficiência, em situação de dependência.

6. Acesso ao Serviço

O acesso ao serviço ocorre a partir da demanda encaminhada pelo CRAS/CREAS, ou rede de serviços socioassistenciais, demais políticas públicas ou órgãos do sistema de garantia de direitos via CRAS/CREAS.

7. Critérios de Elegibilidade

- Pessoas com Deficiência: intelectual, física, auditiva, visual, múltipla e TEA - Transtorno do Espectro Autista;
- Acima dos 18 anos de idade;
- Sem condições de autossustentabilidade ou de gerir a própria vida;
- Sem vínculos familiares ou com vínculos fragilizados;
- Com condições de convívio num grupo de até 10 moradores;
- Não apresentar doenças que requeiram cuidados de enfermagem.

8. Fluxo de Encaminhamento

Toda solicitação para inserção na Residência Inclusiva deve ser encaminhada ao CREAS ou CRAS de referência, de forma que se possa avaliar a possibilidade de efetivação do processo de adaptação/transferência do usuário.

A solicitação deverá ser acompanhada de laudo médico e relatório social. Posteriormente, a equipe técnica realizará visita para discussão quanto à elegibilidade para a RI.

A) Encaminhamento por transferência do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes - SAICA:

1. O pedido deverá ser formulado com antecedência mínima de seis meses da data do aniversário de dezoito anos, e a inclusão na RI só ocorrerá após completar os 18 anos de idade e se não houver a possibilidade de retorno familiar;
2. Encaminhar a solicitação ao CREAS ou CRAS de referência, contendo:
 - Relatório Social atualizado, inclusive com descrição das necessidades de apoio requeridas pelo (a) jovem;
 - Relatório Médico, com diagnóstico da deficiência.

3. O Gerente e/ou Técnicos da RI devem realizar visita ao SAICA;
4. Discussão do caso entre as equipes do SAICA, da RI e respectivos Técnicos supervisores dos CREAS/CRAS envolvidos;
5. Estabelecimento de cronograma de transferência, incluindo processo de adaptação do jovem com deficiência à Residência Inclusiva, considerando os vínculos estabelecidos por ocasião da sua permanência no SAICA;
6. Quando se tratar de início de implantação do serviço, o processo de adaptação pode se dar de
7. Identificar se há necessidade de transferência de unidade escolar e de serviços de Saúde (Unidade Básica de Saúde - UBS, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Reabilitação Especializado - CER/Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência - APD, Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO) nos quais o (a) jovem esteja em atendimento;
8. Quando estiverem em atendimento em serviços de Saúde, a transferência deve envolver os profissionais de Saúde de ambas as regiões - a de origem e a que vai receber o (a) jovem;

B) A inclusão dos jovens e adultos com deficiência, na RI, **procedentes da rede de atendimento da saúde deve observar os seguintes procedimentos:**

1. A solicitação dos profissionais de saúde deverá ser dirigida ao CREAS regional; na ausência deste na região, a solicitação deverá ser feita ao CRAS, acompanhada de:
 - Relatório Médico completo com diagnóstico;
 - Relatório da alta hospitalar
 - Relatório Social completo;
 - Relatório de Enfermagem completo;
 - Relatório de outros profissionais da saúde que o tenham acompanhado (ex.: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, dentre outros).
2. A equipe técnica da RI poderá comparecer à unidade de saúde para avaliação das condições da pessoa com deficiência e análise da possibilidade do acolhimento na RI, considerando o público usuário previsto para este serviço.

Importante ressaltar a necessidade da participação do cuidador social de referência para o usuário durante o processo de adaptação, desde a visita ao SAICA ou outra instituição onde esteja acolhido.

III. Algumas conceituações

Para um melhor alinhamento de conceitos, elencamos alguns que são necessários ao nosso entendimento:

1. Pessoa com Deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu Preâmbulo, reconhece que “a deficiência é um conceito em evolução e resultante da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente”; barreiras estas desencadeadas no relacionamento com o outro nas diversas situações, ou determinadas pela ausência de acessibilidade ou acessibilidade inadequada em seu local de moradia, no ambiente escolar, de trabalho, transporte, nos espaços públicos, culturais, esportivos ou de lazer.

Assim, tendo como parâmetro a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ratificada pelo Brasil em 2008, com equivalência constitucional, por meio do Decreto Legislativo nº 186/08 e Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, o conceito adotado para pessoas com deficiência é: “*Pessoas com Deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo¹ de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, obstruem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas*”.

2. Acessibilidade

A legislação brasileira conceitua acessibilidade como a condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida ([Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004](#)).

Das literaturas existentes sobre o tema, destacamos Romeu Sasaki², que aborda seis dimensões da acessibilidade:

- Arquitetônica - sem barreiras físicas;
- Comunicacional - sem barreiras na comunicação entre pessoas;
- Metodológica - sem barreiras nos métodos e técnicas de lazer, trabalho, educação etc.;

¹ A Lei 12.470/2011. Altera o artigo 20 da lei 8.742/93

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas;

§ 10. Considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do § 2o deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.

² SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, mar./abr. 2009, p. 10-16

- Instrumental - sem barreiras nos instrumentos, utensílios e ferramentas de estudo, de trabalho, de lazer e recreação;
- Programática - sem barreiras embutidas em políticas públicas, legislações, normas etc.; e
- Atitudinal - sem preconceitos, estereótipos, estigmas e discriminações nos comportamentos da sociedade para pessoas que têm deficiência.

Dessas, cabe destacar a **acessibilidade atitudinal**, uma vez que, referindo-se à atitude pessoal de cada indivíduo, envolve receptividade, solidariedade, respeito, empatia. A ela estão relacionadas todas as demais dimensões de acessibilidade, pois é a atitude das pessoas que favorece e possibilita a remoção de barreiras.

3. Situação de Dependência

Considera-se “**situação de dependência**” aquela que afeta as capacidades das pessoas com deficiência que, em interação com as barreiras, limitam a realização das atividades e restringem a participação social, demandando cuidados de longa duração e apoios nas diversas situações de vida, seja no convívio social, na escola, no trabalho ou no lazer.

4. Tipo de classificação baseado na intensidade dos apoios necessários³

Intermitente

O apoio se efetua apenas quando necessário. Caracteriza-se por sua natureza episódica, ou seja, a pessoa nem sempre está precisando de apoio continuamente, mas durante momentos em determinados ciclos da vida, como por exemplo, na perda do emprego ou fase aguda de uma doença. Os apoios intermitentes podem ser de alta ou baixa intensidade.

Limitado

Apoios intensivos caracterizados por duração em tempo limitado, mas não intermitente. Nesse caso incluem-se deficientes que podem requerer um nível de apoio mais intensivo e limitado, como por exemplo, o treinamento para o trabalho por tempo limitado ou apoios transitórios durante o período de transição/mudança entre a escola, a instituição e a vida adulta.

Extenso

Trata-se de um apoio caracterizado pela regularidade, normalmente diária em pelo menos uma área de atuação, tais como vida familiar, social ou profissional. Nesse caso não existe uma limitação temporal para o apoio, que normalmente se dá a longo prazo.

³ <http://www.psiqweb.med.br>

Generalizado

É o apoio constante e intenso, necessário em diferentes áreas de atividade da vida. Estes apoios generalizados exigem maior equipe profissional e maior abrangência na intervenção.

5. Tipos de deficiência

De acordo com o Decreto nº 5.296, de 02/12/2004, a pessoa com deficiência se enquadra nas seguintes categorias:

a) **deficiência física**: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) **deficiência auditiva**: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) **deficiência visual**: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60 ; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) **deficiência mental**⁴: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação;
2. Cuidado pessoal;
3. Habilidades sociais;
4. Utilização dos recursos da comunidade;

⁴ A terminologia "**deficiência intelectual**" foi aprovada na "Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual", Montreal/Canadá, de 06/10/2004, substituindo a terminologia "**deficiência mental**", e está presente na Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Decreto Federal nº 6.949, de 25/08/2009. Romeu Sasaki diz que "*é mais apropriado o termo "intelectual" por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo*", e, ainda, "*podemos melhor distinguir entre deficiência mental e doença mental*". - SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? Artigo publicado na Revista Nacional de Reabilitação, ano IX, n. 43, mar./abr. 2005, p.9-10.

5. Saúde e segurança;
6. Habilidades acadêmicas;
7. Lazer; e
8. Trabalho;

e) **deficiência múltipla** - associação de duas ou mais deficiências;

6. TEA – Transtorno do Espectro Autista

A Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

É considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica, assim caracterizada:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

Em seu artigo 1º, § 2º, define que a pessoa com transtorno do espectro autista **é considerada pessoa com deficiência**, para todos os efeitos legais.

De acordo com o constante no Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)⁵, e segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, consideram-se como TEA os seguintes diagnósticos :

F84. - Transtornos Globais do Desenvolvimento;

F84.0 - Autismo Infantil;

F84.1 - Autismo Atípico;

F84.5 - Síndrome de Asperger;

F84.8 - Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento;

F84.9 - Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento

⁵ Documento disponível gratuitamente online no site <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br>
Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O diagnóstico se faz pelo quadro clínico, conforme critérios estabelecidos pela CID 10 (OMS, 1993, item 4), sendo que os instrumentos de triagem, de diagnóstico e escalas de gravidade podem auxiliar na avaliação e em sua padronização.

IV. Da Análise do Relatório Diagnóstico de uma Pessoa com Deficiência

A análise de um relatório diagnóstico deve ser realizada considerando-se a pessoa como um todo e não desvinculada de um histórico pessoal, familiar, social e afetivo. Daí, a importância de que essa análise seja acrescida dos relatos multidisciplinares existentes, e, inclusive, de dados coletados a partir do contato com a própria pessoa com deficiência. Desta forma, tem-se uma análise mais abrangente de suas necessidades e pontos fortes.

Deve-se observar que a intensidade de apoio que uma pessoa com deficiência necessita não é necessariamente a mesma em todas as atividades que tem que realizar e em todas as suas situações de vida.

Ao se analisar um relatório diagnóstico de deficiência intelectual, cuja classificação seja baseada em critério quantitativo que determina a gravidade da deficiência (Leve, Moderada, Grave/Severa e Profunda - classificação da *OMS - CID.10 - Organização Mundial da Saúde*), ou uma classificação que considera a capacidade funcional e adaptativa (educável, treinável, dependente), não seja este, única e exclusivamente, o determinante para uma decisão sobre o acolhimento.

O novo modelo de classificação da Organização Mundial da Saúde, e a partir do qual se estabeleceu a definição de deficiência na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.

Esta classificação transforma o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva; considera as possibilidades que a pessoa com deficiência tenha para o desempenho de uma atividade, assim como sua participação social. A forma como a pessoa com deficiência atua e responde, é, também, determinada pelo contexto ambiental em que está inserida.

De acordo com a OMS, a CIF é uma classificação com múltiplas finalidades, elaborada para servir a várias disciplinas e diferentes setores: saúde, educação, segurança social, emprego, economia, ação social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais. As duas classificações - CID-10 e CIF, embora tenham objetivos distintos, são complementares, uma vez que a

informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde de uma pessoa.

V. Da formação dos grupos

O serviço deve considerar a convivência de um público misto na mesma residência, de pessoas acima dos 18 anos de idade, com diferentes tipos de deficiência, respeitando-se as questões de gênero, idade, religião, raça e etnia, orientação sexual e situações de dependência, privilegiando uma convivência participativa e colaborativa entre os usuários.

Com vistas ao desenvolvimento de um grupo que possibilite a cooperação entre seus membros, respeitando a diversidade e o grau de autonomia e independência de cada um, deve-se evitar que uma mesma residência tenha todas as pessoas com total dependência.

Se a implantação da Residência Inclusiva for decorrente de reordenamento, ou seja, adequação de um serviço de acolhimento aos parâmetros de atendimento, normativas e orientações metodológicas, a formação dos grupos para ocupar as novas unidades de RI deve considerar os vínculos - escolhas afetivas existentes entre os usuários e ou pessoas de referência.

VI. Dos Profissionais:

A residência deve dispor de equipe especializada/capacitada, desenvolvendo metodologia adequada para prestação de serviço personalizado e qualificado, proporcionando cuidado e atenção às necessidades individuais e coletivas.

Assim, em consonância com a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS e a tipificação do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, a composição da equipe deve considerar o número de indivíduos atendidos, as especificidades da pessoa com deficiência e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários.

A atuação de cada profissional deve revelar o compromisso com a proposta de trabalho, garantindo:

- A qualidade do atendimento às pessoas com deficiência;
- Realização e/ou participação em reuniões sistemáticas de equipe para discussão reflexiva sobre a prática realizada;
- Proposição de novas formas de intervenção;
- Atuação que potencialize e fortaleça a finalidade do serviço;
- Compromisso ético metodológico.

Destaca-se a importância da participação dos profissionais em cursos, fóruns de discussão - regionais ou ampliados, conferências, congressos e capacitações que abordem temas relacionados à pessoa com deficiência, às garantias de seus direitos, às diretrizes da política de Assistência Social e de outras políticas públicas afins, visando o desenvolvimento profissional e o fortalecimento da atuação cotidiana, enquanto agentes de inclusão social.

1. Equipe de Referência para a Residência Inclusiva:

A Equipe Técnica – 01 Gerente, 01 Assistente Técnico e 03 Técnicos (assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional) – atenderá 02 (duas) Residências;

A equipe técnica, de caráter multidisciplinar, deverá ter um espaço físico de referência fora do ambiente da casa.

Os demais profissionais que compõem a equipe de referência são: cuidador social, cozinheiro, e agente operacional.

Deverá ser observada a importância de se identificar cuidadores de referência, de forma a possibilitar aos usuários segurança e estabilidade na prestação dos cuidados, criação de vínculos e previsibilidade da organização da rotina diária, com vistas a contribuir para a construção e fortalecimento da identidade e desenvolvimento das capacidades adaptativas para a vida diária da pessoa com deficiência.

2. Perfil e Atribuição dos Profissionais:

➤ Gerente I

Perfil

- Formação Mínima: Nível superior em ciências humanas e experiência na área de atenção às pessoas com deficiência;
- Experiência e amplo conhecimento das políticas públicas na área de atenção às pessoas com deficiência, da rede socioassistencial e demais serviços da cidade e região.

Atribuições

- 1) Gestão do serviço;
- 2) Elaboração, em conjunto com os técnicos e demais colaboradores, do Plano Individual de Atendimento e do Plano de Organização do Cotidiano;
- 3) Organização da seleção e contratação de pessoal e supervisão dos trabalhos desenvolvidos;

- 4) Articulação com a rede de serviços e Conselhos de Direitos;
- 5) Mediação de conflitos e interesses;
- 6) Gerenciamento dos cuidados relacionados às Residências;
- 7) Organização do cotidiano;
- 8) Administração direta e/ou supervisão, quando for o caso, dos benefícios ou eventuais rendas dos moradores, em conjunto com o cuidador de referência.

➤ **Assistente Técnico I**

Perfil

- Formação Mínima: Nível Superior
- Experiência em atendimento a pessoas com deficiência, com dependência.

Atribuições

Atuação direta junto ao gerente do serviço, com suporte técnico-administrativo para:

1. Administração geral do equipamento e do serviço (banco de dados, compras, almoxarifado, comunicação, manutenção, serviços gerais);
2. Planejamento das atividades para garantia da organização técnica administrativa necessária para o desenvolvimento do trabalho cotidiano.
3. Coordenação / Gerenciamento dos Recursos Humanos e suporte para relações interpessoais e integração da equipe;
4. Ações de Contabilidade e Finanças.
5. Assume as atribuições do Gerente por ocasião da sua ausência.

➤ **Técnicos**

Perfil

- Formação Mínima: Nível superior, com graduação em Serviço Social, Psicologia ou Terapia Ocupacional.
- Experiência no atendimento a pessoas com deficiência, em situação de dependência, e famílias.

Atribuições

- 1) Elaboração, em conjunto com o gerente e demais colaboradores, do Plano Individual de Atendimento e do Plano de Organização do Cotidiano;
- 2) Acompanhamento psicossocial
- 3) Avaliação do grau de desenvolvimento pessoal e funcional dos usuários;
- 4) Acompanhamento às famílias, com vistas à reintegração familiar, quando possível.

- 5) Apoio na seleção dos cuidadores, agentes operacionais e cozinheiros;
- 6) Capacitação e Supervisão Técnica dos cuidadores, agentes operacionais e cozinheiros;
- 7) Encaminhamento, discussão e planejamento conjunto com outros atores da rede de serviços necessários ao acompanhamento das pessoas com deficiência e suas famílias;
- 8) Acompanhamento dos usuários aos serviços de saúde, educação, profissionalização e outros requeridos no cotidiano, quando necessário;
- 9) Organização das informações das pessoas com deficiência e respectivas famílias, na forma de prontuário individual;
- 10) Construção conjunta com o usuário na organização do cotidiano, no desenvolvimento das adaptações, na escolha de equipamentos de tecnologia assistiva⁶, com vistas à melhoria da qualidade de vida e inclusão social sempre que possível;
- 11) Promoção do desenvolvimento dos usuários como sujeitos de direitos a partir de processos de emancipação, inclusão social e autonomia;
- 12) Elaboração, encaminhamento e discussão com a autoridade judiciária e Ministério Público nas situações de tutela dos moradores;
- 13) Preparação, quando for o caso, da pessoa com deficiência para o desligamento do serviço, em parceria com o cuidador de referência;
- 14) Mediação, em parceria com o cuidador de referência, do processo de reaproximação e fortalecimento do vínculo com a família de origem, quando for o caso.
- 15) Elaboração do Plano de Ação das atividades técnicas a serem desenvolvidas, considerando a respectivas áreas de atuação.

➤ **Cuidador Social**

Perfil

- Formação Mínima: Nível médio e capacitação específica;
- Desejável experiência em atendimento a pessoas com deficiência, com dependência.

Atribuições

- 1) Atuação na recepção dos usuários, possibilitando uma ambiência acolhedora;
- 2) Facilitador na integração com os demais moradores;
- 3) Identificação das necessidades e demandas dos usuários;
- 4) Apoio, monitoramento e execução nas atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- 5) Apoio e acompanhamento dos cuidados com a moradia, como organização e limpeza do ambiente e preparação dos alimentos;

⁶ Tecnologia Assistiva se constitui de produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

- 6) Apoio aos usuários no planejamento e organização da rotina diária;
- 7) Apoio e acompanhamento dos usuários em atividades recreativas e lúdicas, internas e externas à residência;
- 8) Contribuição para desenvolver a autonomia e a independência, respeitando o processo de cada usuário;
- 9) Contribuir nos registros individuais sobre o desenvolvimento pessoal de cada usuário, de modo a preservar sua história de vida;
- 10) Apoio e colaboração no processo de reaproximação e fortalecimento do vínculo com a família quando for o caso;
- 11) Acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, educação, profissionalização e outros requeridos no cotidiano.
- 12) Apoio na preparação do usuário para o desligamento, quando for o caso.

ATENÇÃO: Na troca de turno, os cuidadores devem se comunicar, garantindo que todos fiquem cientes de aspectos importantes para dar continuidade aos cuidados necessários.

➤ **Cozinheiro**

Perfil

- Formação mínima: Nível fundamental e capacitação específica.

Atribuições

- 1) Organização, limpeza e higienização do espaço da cozinha e despensa, equipamentos e utensílios;
- 2) Armazenamento e controle dos suprimentos de alimentos e ingredientes para sua confecção;
- 3) Controle do prazo de validade dos alimentos e respectiva substituição;
- 4) Apoio no planejamento de cardápios;
- 5) Preparação dos alimentos a serem servidos, observando dietas específicas, de acordo com as necessidades dos usuários;
- 6) Oferta de refeições nos horários determinados;
- 7) Trabalhar seguindo as normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente e às pessoas.

➤ **Agente Operacional**

Perfil

- Formação mínima: Nível fundamental e experiência específica no trabalho doméstico.

Atribuições

- 1) Cuidados com a Residência: higienização, limpeza, arrumação e manutenção do ambiente;
- 2) Desempenho de atividades de lavanderia e passadoria;
- 3) Auxílio na preparação de refeições;
- 4) Trabalhar seguindo as normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente e às pessoas.

VII. Quanto ao Meio de Transporte:

Está prevista a locação de veículo adaptado para o atendimento aos moradores, na proporção de (um) veículo para 02 residências.

No entanto, deve-se considerar a importância da vivência em relação à utilização de transporte público, atividade esta que compõe o desenvolvimento da autonomia da pessoa com deficiência.

VIII. Do Local para Implantação das RIs

As residências devem ser adaptadas e funcionar em locais com estrutura física adequada, considerando as normativas de acessibilidade, com características residenciais, localizadas em áreas residenciais da comunidade e sem placas indicativas da natureza institucional, com a finalidade de não estigmatizar os usuários do serviço.

Considerando que uma mesma Equipe Técnica atende a 02 (duas) Residências Inclusivas, deve ser observada a importância da proximidade entre as duas unidades, de forma a otimizar o trabalho da equipe e o acompanhamento sistemático do serviço executado.

Importante observar a rede socioassistencial e de outras políticas públicas existentes na região onde será implantado o serviço. Verificar a existência de: Núcleo de Apoio à Inclusão Social para Pessoas com Deficiência - NAIS PcD; Centro de Desenvolvimento Social e Produtivo para Adolescentes, Jovens e Adultos – CEDESP; rede de saúde: Unidade Básica de Saúde – UBS; Centro Especializado em Reabilitação – CER; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Centros de Convivência e Cultura –

CECCO; equipamentos de educação, cultura, esporte e lazer, de forma a se constituir em rede de apoio efetiva e suporte aos usuários e profissionais da Residência Inclusiva.

IX. Articulação com a Rede Socioterritorial:

O serviço deve estar articulado com outros serviços do SUAS e estabelecer interface com as demais políticas públicas. Deve ter por base o princípio da incompletude institucional, ou seja, não deve ofertar em seu interior atividades que sejam da competência de outros serviços e sim buscar articulação para complementação das atividades ofertadas aos usuários e desenvolvimento conjunto de estratégias de intervenções com papéis definidos de cada membro da rede, para evitar sobreposições.

1. CRAS / CREAS

A partir das ações realizadas pelo Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS às pessoas com deficiência e às suas famílias quando estas estão identificadas, o serviço deve estabelecer relação de referência e contra referência com esses Centros para a garantia da inclusão nos serviços da rede socioassistencial CJ, CEDESP, NAIS PcD, dentre outros; garantia de direitos das pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; bem como a garantia da prioridade de acesso às vagas disponibilizadas pelos CRAS às famílias em situação de vulnerabilidade social.

2. Saúde

Considerando o princípio da intersetorialidade e a característica dos usuários atendidos, o serviço deve estabelecer articulação com a rede de atenção à saúde na região, para garantir o atendimento especializado e integrado ao jovem e ao adulto com deficiência, suportes e apoio matricial das equipes de saúde à Residência Inclusiva, aos usuários e aos seus cuidadores, de acordo com as necessidades, visando promover a qualidade de vida por meio de ações de educação, fomento ao autocuidado e na promoção de autonomia.

As ações de atenção aos jovens e adultos com deficiência, usuários da Residência Inclusiva, serão planejadas conjuntamente entre os profissionais da Assistência Social e da Saúde, conforme as necessidades identificadas e apontadas no Plano Terapêutico Singular – PTS (Instrumental da Saúde) e

no Planejamento Individual de Atendimento – PIA de cada usuário (Instrumental da Assistência Social descrito no item XVII – Instrumentos de Supervisão).

- **PTS⁷** – O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário; é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.

O PTS contém quatro momentos:

1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.

2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

3. Educação, Cultura, Esporte, Lazer, Trabalho

Para assegurar a garantia de direitos, da convivência comunitária e o exercício da cidadania dos jovens e adultos com deficiência, deve-se estabelecer a articulação no território com os serviços das demais políticas públicas: Educação, Cultura, Esporte, Lazer, Trabalho, dentre outras, e, da mesma forma, com a rede privada, considerando, além dos direitos, as necessidades, interesses e possibilidades dos usuários.

⁷ Cartilha da PNH – Política Nacional de Humanização/MS – 2007 - Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.

X. Da Capacitação Profissional

Outro aspecto importante na articulação com a rede socioterritorial refere-se à participação dos diversos atores por ocasião da organização e realização da **capacitação inicial, bem como da educação permanente** dos profissionais do serviço, coordenada pelo Centro de Referência de Assistência Social - CREAS. As temáticas devem ser apresentadas de acordo com as demandas e necessidades identificadas, tanto em relação aos usuários quanto em relação aos profissionais da residência. Algumas temáticas podem ser sugeridas, conforme abaixo, envolvendo a participação de uma ou outra área, mais especificamente:

- A rede de apoio existente e atuação de cada ator;
- Os tipos de deficiência e suas características;
- O desenvolvimento motor e implicações motoras nas deficiências mais graves;
- Administração, registro e controle de medicação;
- Interação interpessoal;
- A utilização de ajudas técnicas e equipamentos: sondas, traqueostomia, gastrostomia, colostomia, entre outras;
- Manejo e cuidados na higiene pessoal: uso adequado de banheiro, higiene íntima, bucal, banho, sonda;
- Cuidados no manejo em transferências e posicionamento adequado no leito; ao sentar, deitar e levantar;
- Auxílio na locomoção com muletas, andadores, cadeiras de rodas;
- Manejo de órteses, próteses;
- Atenção à deglutição e mastigação atípicas; engasgo; refluxo, aspiração;
- Hábitos à mesa; uso dos talheres;
- Adaptação de utensílios;
- Facilitação nas atividades de vestuário: despir e vestir; manejo de botões, zíper, laço, velcro;
- A educação inclusiva para o jovem e o adulto com deficiência;
- O esporte e a pessoa com deficiência;
- A arte e a pessoa com deficiência;
- A inclusão da pessoa com deficiência no mundo do trabalho;
- Primeiros Socorros - procedimentos - como por ex. em quedas;
- A Violência contra a pessoa com deficiência;
- PIA x PTS e a importância da inter-relação entre ambos para os usuários;
- Cuidando do Cuidador.

XI. Plano de Organização do Cotidiano

De acordo com as diretrizes técnicas para a Residência Inclusiva, o Plano de Organização do Cotidiano é um instrumento de planejamento das rotinas da residência, devendo ser elaborado de forma participativa pelos usuários e profissionais do serviço, coordenado e acompanhado pelo Gerente da RI.

A organização da rotina é fundamental para o alcance dos objetivos propostos, uma vez que o desenvolvimento de autonomia e independência passa pela utilização do cotidiano como instrumento de estruturação da organização interna do próprio usuário. Assim, deverá existir um equilíbrio entre o estabelecimento de regras para o convívio, com o consequente efeito pedagógico de insistência frequente sobre a responsabilidade e o respeito pelo outro, e a possibilidade de vivenciar escolhas com liberdade.

Esse plano de organização do cotidiano deve focar nos cuidados relacionados aos moradores, orientar a postura dos profissionais, no sentido de adotar atitudes adequadas que se distanciem tanto da superproteção, quanto da superestimação das habilidades dos residentes. Deve acompanhar todos os cuidados oferecidos nos diferentes momentos do dia como acordar, levantar, fazer as refeições, preparar alimentos, cuidar das próprias coisas, contribuir para a limpeza e organização da casa e na ajuda solidária aos outros moradores.

Ressalta-se a importância do Plano de Organização do Cotidiano, uma vez que a previsibilidade das ações possibilita maior autoconfiança às pessoas com deficiência.

XII. Diretrizes Metodológicas

Considerando que o caráter precípua da Assistência Social é o da Proteção Social, há de se assegurar aos seus usuários a garantia das seguranças de acolhida; de convívio ou vivência familiar, comunitária e social; e do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social, assim entendidas e alicerçadas do SUAS, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

1. Segurança de acolhida:

- Ser acolhido em condições de dignidade;
- Ter sua identidade, integridade e história de vida preservada;
- Ter acesso a espaço com padrões de qualidade quanto a: higiene, acessibilidade, habitabilidade, salubridade, segurança e conforto.

- Ter acesso à alimentação em padrões nutricionais adequados e adaptados a necessidades específicas.
- Ter acesso à ambiência acolhedora e espaços reservados para manutenção da privacidade do (a) usuário (a) e guarda de pertences pessoais.

2. Segurança de convívio ou vivência familiar, comunitária e social:

- Ter acesso a benefícios, programas, outros serviços socioassistenciais e demais serviços públicos;
- Ter assegurado o convívio familiar, comunitário e/ou social.

3. Segurança de desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social:

- Ter endereço institucional para utilização como referência.
- Ter vivências pautadas pelo respeito a si próprio e aos outros, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania.
- Ter acesso a atividades, segundo suas necessidades, interesses e possibilidades.
- Ter acompanhamento que possibilite o desenvolvimento de habilidades de autogestão, autossustentação e independência.
- Ter respeitados os seus direitos de opinião e decisão.
- Ter acesso a espaços próprios e personalizados.
- Obter orientações e informações sobre o Serviço, direitos e como acessá-los;
- Ser ouvido e expressar necessidades, interesses e possibilidades;
- Desenvolver capacidades para autocuidados, construir projetos de vida e alcançar a autonomia;
- Ter ampliada a capacidade protetiva da família e a superação de suas dificuldades;
- Ser preparado para o desligamento do serviço;
- Avaliar o serviço.

A partir dessas diretrizes, é que se organiza o serviço de acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência que não dispõem de condições de autossustentabilidade ou que estejam desprovidos de retaguarda familiar temporária ou permanente.

De acordo com as Orientações Técnicas MDS/SNAS/2012, “*para se assegurar maior grau de autonomia da PcD em situação de dependência, devem ser desenvolvidas estratégias de cuidados que potencializem o exercício das atividades básicas do cotidiano e da vida diária – nas formas de suportes e apoios, considerando:*

- *capacidade de realizar atividades básicas do cotidiano como alimentar-se, fazer a higiene pessoal, locomover-se até o banheiro, tomar banho, vestir-se, etc.*

- *capacidade de realizar atividades instrumentais da vida diária como fazer compras, pagar contas, utilizar meios de transporte, cozinhar, cuidar da própria saúde, manter sua própria segurança, etc.”.*

Assim, na orientação sobre os aspectos metodológicos que podem nortear a atuação dos profissionais da RI, destacam-se princípios que embasam práticas para o fortalecimento e manutenção das habilidades que possibilitam aos jovens e adultos com deficiência tornarem-se cada vez mais autônomos dentro do seu ambiente na Residência Inclusiva e na comunidade.

XIII. Princípios que se destacam para o trabalho na Residência Inclusiva

1. Concepção sobre a Residência Inclusiva

Tomado o significado nos dicionários, “residência” é a *localidade onde uma pessoa vive*; e, “viver”, é *existir, ter vida*. Essas definições, por si, já são suficientes para a concepção que se deve ter sobre a Residência Inclusiva. Assim, é que se torna a referência de endereço a ser utilizado pelas pessoas que ali moram. No entanto, muito mais que um endereço, se constitui num lugar em que se vivencia, ou não, o sentido de pertença, tão significativo para o exercício do que é humano, que o consideramos como outro princípio a ser incluído nestes destaques.

2. O Sentimento de Pertencimento

A pertença, ou pertencimento, é o sentimento de fazer parte de um lugar; de atribuir um significado sobre o lugar onde a pessoa encontra o sentido de vida, de existir, de ser, de ser alguém na mais completa acepção da palavra: ser uma pessoa que tem importância, que é reconhecida, que tem valia.

Encontramos na Internet o “Dicionário inFormal”, que se conceitua como um dicionário *onde as palavras são definidas pelos usuários*. Bastante significativo, o sentido dado por um usuário da página, ao termo em questão: “A sensação de **‘pertencimento’** significa que precisamos nos sentir como pertencentes a tal lugar e ao mesmo tempo sentir que esse tal lugar nos pertence, e que assim acreditamos que podemos interferir e, mais do que tudo, que vale a pena interferir na rotina e nos rumos desse tal lugar”.

Vale destacar que o sentimento de pertencimento se estenda além da RI, ou seja, ao seu entorno, à comunidade, ao bairro, à cidade, enquanto espaços privilegiados para a prática desse sentimento e, conseqüentemente, o fortalecimento de vínculos.

3. As Relações Afetivas

Se pretendermos que a residência seja o local em que seus moradores dela se apropriem com segurança, com um convívio saudável, que haja cooperação, e seja um ambiente de fato acolhedor, é fundamental que aí esteja presente uma base relacional afetiva com boa qualidade; seja entre os próprios moradores, entre moradores e profissionais; e entre profissionais.

Sendo o afeto um sentimento de carinho, amor, amizade, dedicação, ou afeição, compreendemos que não se estabelece somente de pessoa para pessoa, ou de pessoas para outros seres vivos, mas, também, de pessoas para coisas, objetos, ou lugares. E, compreender os afetos que uma pessoa traz de suas vivências, auxilia a compreender como se relacionar com ela.

Assim, a produção de uma relação afetiva saudável, remete à necessidade de se considerar um dos valores mais reconhecidos para essa produção: o respeito. Respeito pela pessoa em si, respeito pelas suas experiências de vida. Valor que está relacionado a um sentimento positivo em relação à outra pessoa.

Quando nos confrontamos com o que a outra pessoa revela sobre suas escolhas, sua forma de ser, suas dificuldades, fragilidades e potencialidades, e compreendemos a sua condição de pessoa ímpar, única, podemos fortalecer o respeito mútuo. Respeito que se obtém por legitimidade, por uma troca de conhecimentos e saberes, e não pela presença de medos e receios, compreendendo, no entanto, que respeitar não significa estar de acordo com o outro em tudo, mas significando, de fato, o respeito à pessoa que é.

“Na medida em que as relações afetivas são positivas e recíprocas no início, sendo cada vez mais positivas, é possível que incrementem o ritmo e a ocorrência dos processos desenvolvimentais. Desta forma, as instituições de abrigo devem considerar o afeto presente nas relações entre seus integrantes, tanto entre as crianças e adolescentes quanto entre estes e seus monitores. A dimensão afetiva é parte inerente das relações humanas, não devendo, portanto, ser excluída enquanto elemento propiciador de desenvolvimento”⁸.

4. Aprendizagem significativa

⁸ O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura - Aline Cardoso Siqueira; Débora Dalbosco Dell'Aglio. Universidade Federal do Rio Grande.

Analisando o sentido de aprendizagem significativa, tomamos da Educação, como referência para o embasamento teórico, alguns princípios que nos são apresentados pela metodologia aplicada com o **Currículo Funcional Natural**.

Desde a década de 70, Judith M. LeBlanc - psicóloga, professora e pesquisadora em educação especial, atuava com um grupo de pesquisadores na Universidade de Kansas que discutiam uma proposta de currículo que considerava o desenvolvimento de habilidades funcionais de crianças normais, na faixa etária de 4 a 5 anos, que as auxiliasse a adaptar-se da melhor forma possível em seu ambiente, e que as tornasse mais independentes e criativas.

Na década de 80, esse currículo foi adaptado por uma equipe do Centro Ann Sullivan do Peru, da qual Judith LeBlanc fez parte, para o trabalho com pessoas com autismo e outras deficiências, como Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Deficiência Intelectual, e suas famílias. Em 1990, LeBlanc o denomina **Currículo Funcional Natural**. Posteriormente, o chama de Currículo para a vida.

- **Funcional** significa que as habilidades a serem aprendidas devem ter uma função para a vida da pessoa, de forma que possa utilizar com êxito, seja de imediato ou em um futuro próximo. Realizamos melhor uma atividade quando a compreendemos, e compreendemos porque faz sentido para nossa vida.
- **Natural** porque deve considerar o curso normal do cotidiano de vida da pessoa, ou seja, não se devem criar situações fictícias para o aprendizado, mas valer-se de todas as oportunidades do dia a dia. As habilidades devem ser ensinadas no momento mesmo em que de fato tem de ser realizadas. Ex.: o sabor dos alimentos é aprendido quando os utilizamos para preparar uma refeição, que depois iremos saborear (doce, salgado, azedo); as cores são aprendidas quando guardamos peças de roupas utilizando o critério cor; ou o critério de cumprimento (manga comprida / curta).

A psicóloga Maryze Suplino⁹ destaca dois aspectos que são considerados em um CFN: ser divertido e ocasionar o menor número possível de erros. Podemos entender que:

- **Ser divertido.** Refere-se a gostar do que se faz, querer estar de fato envolvido com a atividade. Muitas vezes, esse gostar ou não da execução de uma atividade se refere, também, à relação que aquele que ensina tem com a atividade. Por exemplo: se o Técnico

⁹ Currículo Funcional Natural – Guia Prático para a Educação na área de autismo e deficiência mental – 3ª edição

ou Cuidador considerar que a atividade é enfadonha, dificilmente o usuário encontrará entusiasmo¹⁰ na sua execução;

- **Ocasionar o menor número possível de erro.** É um propósito bastante significativo, considerando a trajetória de vida, insucessos e desencorajamentos vivenciados pelas pessoas com deficiência. Prever a possibilidade de erros no desenvolvimento das habilidades, e evitar que possam ocorrer, possibilita maior autoconfiança à pessoa que executa a atividade. Neste aspecto, é importante estar atento para que a exigência na realização de uma atividade não seja maior do que a possibilidade que a pessoa tenha para realizá-la, ao mesmo tempo em que não se pode deixar de colocá-la, sempre, frente a um novo desafio.

Acreditando que a Residência Inclusiva é o lugar privilegiado para um aprendizado significativo dos jovens e adultos com deficiência, destacamos os princípios que norteiam a execução do Currículo Funcional Natural, elencados pela psicóloga M. Suplino, quais sejam:

- 1) **A pessoa como centro.** De base humanista, como o princípio em si o demonstra, ao se realizar um trabalho “centrado na pessoa”, a máxima que se tem é o respeito à pessoa com deficiência e o trato com ela enquanto pessoa, ou seja, o olhar, necessariamente, deve estar para além da deficiência.
- 2) **Concentração nas habilidades.** Quando se olha para além da deficiência, é possível enxergar as habilidades que as pessoas possuem. No dizer de Suplino, é possível *visualizar a eficiência, ou seja, o foco está nas possibilidades que o aluno apresenta, deixando os comportamentos inadequados como fundo.* Assim, é importante desenvolver um olhar positivo, capaz de enxergar capacidades, potencialidades, possibilidades de mudanças, de superação, concentrando-se naquilo que a pessoa com deficiência pode fazer, no que faz bem, e não em suas dificuldades. Que estas sejam apenas o norte para conduzir a propostas de atividades que sejam propulsoras de sua evolução.
- 3) **Todos podem aprender.** Partindo da premissa de que todas as pessoas são capazes de aprender algo, esse pensamento não pode ser diferente quando se trata de pessoas com deficiência. Como qualquer outra pessoa, também são capazes de aprender. A questão é analisar qual a melhor forma, ou, como se deve proceder para que o seu aprendizado aconteça com sucesso, inclusive considerando a adaptação de materiais e utensílios,

¹⁰ **Wikipédia: Entusiasmo** (do [grego](#) *en + theos*, literalmente 'em Deus') originalmente significava inspiração ou possessão por uma entidade divina ou pela presença de [Deus](#).¹ Atualmente, pode ser entendido como um estado de grande arrebatamento e [alegria](#).² Uma pessoa entusiasmada está disposta a enfrentar dificuldades e desafios, não se deixando abater e transmitindo [confiança](#) aos demais ao seu redor. O entusiasmo pode, portanto, ser considerado como um estado de espírito otimista.

quando for o caso. Torna-se importante, a observação do cuidador e do técnico; a escuta do usuário; as discussões e trocas entre os profissionais para um planejamento efetivo.

- 4) **A participação da família no processo de aprendizagem.** O Currículo Funcional Natural traz este item considerando os procedimentos da Educação. No entanto, é perfeitamente viável e deve ser observado no serviço de acolhimento institucional para todos os usuários em que a família está identificada e sem restrição para reaproximação, como forma de ampliar as possibilidades da reinserção familiar.

Na explanação sobre a experiência do “Projeto De Volta à Cidadania”¹¹, que trata da desinstitucionalização de pessoas com deficiência no Rio de Janeiro, observa-se o trabalho realizado com as famílias, que considera dois dispositivos fundamentais para viabilizar a saída da instituição: as visitas domiciliares e o acompanhamento pelos pais ou responsáveis (geralmente a mãe) das rotinas dos usuários na instituição; o familiar permanecia meio período ou um período integral, de forma que acompanhasse o filho no serviço de acolhimento e pudesse observar e compreender, com auxílio dos técnicos e cuidadores, a forma de melhor realizar as atividades, estabelecer-se uma nova aprendizagem entre mãe e filho, e, assim, possibilitar uma melhor adaptação mútua no ambiente familiar.

Aqui, destaca-se a parceria que o serviço deve pactuar com os pais ou responsáveis, para fazer valer o direito à convivência familiar.

Estabelecer metas de autonomia e competência requer levar em conta a singularidade de cada pessoa, suas possibilidades e os aprendidos em contextos diversos – familiar, cultural, institucional. Toda proposta de trabalho realizada pelos profissionais e cuidadores deve considerar uma flexibilidade, partindo do pressuposto que as pessoas, de forma geral, aprendem de diferentes maneiras.

O entendimento que uma pessoa tem de uma situação de aprendizagem pode remetê-la a lembranças de vivências e situações anteriores que podem ou não ter sido agradáveis ou positivas, ou seja, a compreensão de uma mesma situação de aprendizagem pode se dar de diferentes maneiras de pessoa para pessoa, e com a pessoa com deficiência não se dá de maneira diferente.

Resumindo, e de acordo com Marina da Silveira Rodrigues Almeida¹²,

o “Currículo Funcional Natural pode ser definido como um instrumento orientador de uma educação para a vida; tem por base uma filosofia centrada no aluno, que assenta na crença de que o potencial

¹¹ De Volta à Cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes / Neli Maria Castro de Almeida e Pedro Gabriel Godinho Delgado (org.) – Cap. 5 – II Parte. Ed. Instituto Franco Basaglia – RJ – 2.000

¹² Marina da Silveira Rodrigues Almeida - Instituto Inclusão Brasil. Consultora em Educação, Psicóloga Clínica e Educacional, Pedagoga Especialista e Psicopedagoga – Curso: Currículo Funcional Natural 14 e 15 de julho de 2011 - APAE de Batatais.

de aprendizagem é igual em todos. É constituída por alguns pontos-chave que promovem a autoestima, a socialização e os afetos tendo sempre em vista a autonomia.

Do ponto de vista estrutural, o Currículo Funcional Natural deve ser construído e aplicado de forma funcional, que seja útil para quem aprende e que sirva a curto, médio e longo prazo; natural, tendo em conta os ambientes, os materiais, o modo de ensinar e a lógica nas atividades; divertida, envolvendo o aluno na atividade, reduzindo os comportamentos inadequados e evitando a monotonia no trabalho; com o menor número de erros possível, organizando o ambiente, desenhando as atividades e selecionando os materiais; e de acordo com a idade, partindo da idade cronológica para definir um currículo de competências e adequando a operacionalização desse currículo à idade mental do sujeito em questão.

Do ponto de vista metodológico, o Currículo Funcional Natural parte de uma ideia base – ‘Antes de se pensar o que se vai ensinar, é preciso pensar para quem se vai ensinar’.”

Todo o trabalho na Residência Inclusiva deve, afinal, possibilitar aos usuários maior independência e autonomia, instruir para a vida prática a partir de vivências concretas, e de acordo com suas possibilidades, e proporcionar o desenvolvimento de comportamentos e atitudes que facilitem uma maior adaptação no convívio cotidiano e social. Para tanto, deve estar pautado numa base relacional de confiança, afetividade e respeito mútuo.

XIV. Estratégias Para a Gestão Integrada

O Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Programas de Transferência de Renda no âmbito do SUAS, tem como diretriz a centralidade do trabalho com famílias, e estabelece que os procedimentos para garantir o atendimento e a oferta de serviços da rede socioassistencial aos beneficiários dos Programas do Bolsa Família, PETI (Erradicação do Trabalho Infantil) e BPC são de corresponsabilidade dos entes federados, estaduais e municipais.

No âmbito municipal o acesso das famílias à rede de proteção social básica e especial será por meio dos CRAS e CREAS. Nessas unidades, referenciadas nos territórios, serão ofertados a escuta, a orientação e os encaminhamentos aos serviços, programas, projetos e benefícios da rede socioassistencial, bem como aos serviços das demais políticas públicas (saúde, educação, trabalho, habitação, dentre outras).

O **Protocolo de Gestão Integrada** dispõe que os beneficiários do BPC são parte do público prioritário para as atividades de acompanhamento familiar e inserção nos serviços socioassistenciais. Assim, este deve ser também, o público privilegiado a ser atendido nos serviços continuados da rede conveniada, o que os torna corresponsáveis na execução desse Protocolo junto ao município, cabendo a eles, também,

no seu âmbito de atuação, realizar orientações e encaminhamentos às famílias beneficiárias dos Programas de Transferência de Renda, participando, assim, da viabilização da sua inclusão e atendimento na rede de proteção social.

Para o atendimento integral às famílias e a efetividade das ações de forma sistemática, fazem-se necessárias ações intersetoriais de forma a garantir a sua completude.

A partir das ações realizadas pelos CRAS e CREAS do município para o atendimento às famílias das pessoas com deficiência, e na perspectiva de uma ação integrada com os serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva, destacam-se os seguintes aspectos:

- 1) Estabelecimento de relação de referência e contra referência com o CRAS / CREAS para a garantia da inclusão nos serviços da rede da assistência social e garantia de direitos das pessoas com deficiência beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada.
- 2) Garantia da prioridade de acesso às vagas disponibilizadas pelos CRAS, às famílias em situação de vulnerabilidade social;
- 3) Acompanhamento das famílias no CRAS / CREAS / SASF, no serviço Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva, dentre outros;
- 4) Acompanhamento da frequência escolar dos jovens e adultos com deficiência, inclusos na rede de ensino;
- 5) Supervisão e monitoramento, pelos CRAS / CREAS dos serviços prestados pelas organizações sociais conveniadas;
- 6) Oferta de espaços de convivência familiar e comunitária nas Residências Inclusivas, possibilitando a reflexão sobre a realidade e construção de projetos de vida;
- 7) Participação em comissões intersecretariais nos territórios para avaliação e acompanhamento dos casos;
- 8) Fortalecimento das ações em rede no território, a partir de uma efetiva atuação integrada e compartilhada;
- 9) Trabalho articulado entre as organizações que executam os serviços e as demais políticas públicas;
- 10) Planejamento e execução das ações entre o poder público e as organizações, orientadas pela perspectiva da vigilância social.
- 11) Articulação da rede com as organizações, poder público, fóruns e conselhos de direitos, de forma a garantir a corresponsabilidade.

XV. Supervisão

A execução do processo de supervisão deverá pautar-se nos artigos 10, 11 e 14 da Portaria 46/2010/SMADS, com um olhar qualificado por tratar-se do atendimento a pessoas com deficiência.

Assim o técnico supervisor deverá observar, quando comparecer in loco ao serviço, os seguintes itens:

1. Comparecimento in loco, com frequência quinzenal, preferencialmente em diferentes horários, sem agendamento, para que possibilite a visualização das ações realizadas no serviço;
2. Ter pleno conhecimento das normas técnicas do serviço, do termo de convênio realizado, das características da mantenedora, das orientações legais, das características do território, do vínculo dos usuários com o serviço e a organização, dos vínculos do serviço com a rede socioassistencial e de outras políticas públicas no território; dos indicadores de monitoramento e avaliação do serviço; dos direitos dos usuários e dos espaços de manifestação destes;
3. Vistoriar os prontuários individuais verificando sua atualização e a completude dos dados ali apontados;
4. Verificar se o Plano de Organização do Cotidiano é cumprido e se este se encontra afixado/disponibilizado em lugar público e que possibilite a fácil leitura a todos (funcionários, usuários e familiares) dentro do espaço do serviço;
5. Verificar a compatibilidade da equipe técnica do serviço, de cuidadores sociais e demais funcionários com a constante no plano de trabalho aprovado em audiência pública e com a Portaria 46/2010/SMADS;
6. Verificar a forma como a equipe de funcionários do serviço se relaciona com os usuários e familiares, visando a identificação da necessidade de cursos e/ou capacitação para os mesmos (equipe técnica, cuidadores sociais e pessoal de apoio);
7. Acompanhar os profissionais do serviço durante suas atividades para verificar o adequado cumprimento do plano de trabalho aprovado em audiência pública, bem como sugerir eventuais mudanças para a qualificação do trabalho;
8. Acompanhar as reuniões entre os profissionais do serviço, contribuindo com seu saber técnico para a qualificação do trabalho;
9. Elaborar em conjunto com o serviço um plano de utilização das horas técnicas para a qualificação do trabalho.
10. Acompanhar as reuniões realizadas entre o serviço e os familiares, serviço e comunidade, serviço e representantes das demais políticas públicas do território, contribuindo com seu saber técnico para favorecer o bom entendimento entre as partes e com o cumprimento dos objetivos do serviço;
11. Acompanhar os dados de encaminhamento de usuários para a rede socioassistencial e de demais políticas públicas da região;
12. Acompanhar a resolução dos encaminhamentos realizados, bem como identificar os problemas para a adequada solução de cada um deles;
13. Contribuir com a resolução dos problemas de encaminhamentos realizados pelo serviço;

14. Verificar a compatibilidade das instalações e sua utilização com o plano de trabalho aprovado em audiência pública;
15. Verificar a situação de higiene e limpeza das dependências do serviço;
16. Verificar a compatibilidade do material utilizado para trabalho socioeducativo, alimentação e higiene com a proposta de trabalho e com os comprovantes apresentados em prestação de contas mensal;
17. Apontar os dados observados em relatório de supervisão a ser lavrado ao final da visita de supervisão, devendo este ser lido e assinado pelo técnico supervisor e pelo gerente do serviço ou responsável pelo serviço que acompanhar a supervisão realizada.
18. Disponibilizar-se para os processos de capacitação e intercâmbios desencadeados pela Supervisão de Assistência Social e pela SMADS.

XVI - Monitoramento e Avaliação

O Sistema Único da Assistência Social (SUAS), enquanto sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira. Possui, entre seus princípios organizativos:

- Descentralização político-administrativa com competências e comando único em cada esfera de governo;
- Normas operacionais básicas que estabelecem padrões de desempenho, padrões de qualidade e referencial teórico-operativo;
- Sistema ascendente de planejamento através de planos municipais, estaduais e federal de Assistência Social devidamente aprovados pelos respectivos Conselhos de Assistência Social;
- Sistema democrático e participativo de gestão e de controle social.

Portanto, o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos serviços se dão em duas instâncias complementares: pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, no acompanhamento técnico realizado pelas Supervisões de Assistência Social e na planificação de dados pelo Observatório de Política Social; e, ainda, pelos serviços, nas avaliações realizadas por profissionais, usuários e seus familiares.

Para a gestão do Banco de Dados do Observatório de Política Social, cabe aos serviços informar, mensal e trimestralmente, dados gerais dos usuários atendidos.

O acompanhamento e a avaliação nos serviços devem ocorrer de forma sistemática e contínua, considerando a participação da equipe de profissionais, das pessoas com deficiência, dentro de suas possibilidades, e dos familiares. É um processo que deve representar a busca incessante de compreensão das necessidades, dificuldades e facilidades, interesses e aptidões, para que se possam promover novas oportunidades de avanço na trajetória de cada um.

Assim, o processo de avaliação verificará o aproveitamento e desenvolvimento dos usuários e suas famílias, considerando: participação; socialização; aquisição de novas habilidades; desenvolvimento de potencialidades, postura e atitude frente aos desafios; impacto na qualidade vida dessas pessoas, ou seja, o bem estar físico, afetivo, emocional e social. Verificará, também, as mudanças de atitudes nas organizações da localidade para promoção de práticas inclusivas.

Aos profissionais cabe observar e aplicar metodologias que permitam a participação nesse processo, na perspectiva de construção de um espaço de morar, de convivência e de vivência de experiências que levem à autonomia, às práticas de convívio, pautadas no respeito e colaboração mútua, e de cidadania.

Para tanto, devem ser mantidos registros atualizados em instrumentais próprios que contenham dados e informações expressas a partir de análises significativas - qualitativas e quantitativas, de todo o processo desenvolvido, considerando as especificidades do atendimento, a evolução das parcerias e da ação em rede, além do desenvolvimento e evolução do usuário frente às ações propostas.

Para o acompanhamento e avaliação das ações, os indicadores de acompanhamento e avaliação constam no documento de Caracterização do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva - Anexo I da Resolução COMAS SP nº 1020, de 30 de junho de 2015.

XVII. INSTRUMENTOS DE SUPERVISÃO

Os instrumentos de supervisão são o Plano de Trabalho aprovado em Audiência Pública; a Declaração Mensal de Execução dos Serviços Socioassistenciais – DEMES; o Relatório Mensal de Supervisão Técnica – RESUP; a Grade de Atividades Semestral – GRAS; os quais subsidiam os Relatórios Comparativos de resultados dos indicadores elaborados por COPS, e o Relatório de Visita de supervisão técnica ao serviço.

O correto preenchimento, conhecimento e estudo das informações contidas nesses instrumentais propicia a análise da evolução do serviço, de seus principais problemas e dos pontos que necessitam de correção.

Partindo dos resultados expressos nos instrumentais, o técnico supervisor poderá melhor direcionar as necessidades de capacitação e treinamento dos profissionais, contribuindo, assim, para a qualificação e aperfeiçoamento do serviço.

Portanto, o técnico supervisor deverá analisar estes instrumentais, preencher adequadamente o RESUP, incluindo dados obtidos nas supervisões individuais e coletivas, bem como ter pleno conhecimento do Plano de Trabalho aprovado em audiência pública.

1. Plano de Trabalho

O Plano de Trabalho é o documento básico a ser elaborado pela Organização, constituindo-se no planejamento das ações que nortearão o atendimento às pessoas com deficiência e suas famílias, contendo desde os objetivos, os conteúdos programáticos, as atividades que comporão o plano de organização do cotidiano, o quadro de recursos humanos, ao monitoramento e avaliação das ações oferecidas pelo serviço, ou seja, deve estar em conformidade com as diretrizes da política de assistência social e legislação vigente. É importante e necessário que ocorra o seu desmembramento em planejamentos semestrais (GRAS) e cronogramas mensais e semanais, de forma a se tornar melhor exequível as propostas nele contidas.

Os técnicos da Residência - Assistente Social, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, deverão elaborar seu Plano de Ação, individualizado, após início das atividades no serviço e reconhecimento da população a ser atendida. Para a elaboração do documento, importante destacar objetivos, a partir da atuação profissional, respectivas ações a serem desenvolvidas, considerando suas atribuições, área de competência e Plano de Trabalho da organização.

2. DEMES

Instrumental que contém dados relevantes para a supervisão técnica desenvolver junto ao serviço em sua visita técnica, bem como para o serviço verificar se está promovendo um trabalho eficiente e eficaz, se está promovendo uma real inclusão social dos seus usuários e suas famílias na rede de proteção socioassistencial e em outras políticas públicas, tais como: educação, saúde, trabalho, projetos e programas de transferência de renda e BPC, entre outras. Apesar de ser um documento quantitativo ele pode remeter a uma análise qualitativa, por isso da necessidade de ser preenchido de forma correta e precisa, refletindo os dados reais do mês.

3. RESUP

Instrumento, onde o técnico supervisor do serviço pode apontar se os dados inseridos na DEMES e a GRAS proposta estão sendo cumpridos pelo serviço no seu cotidiano, quando da visita técnica “in loco”. Assim, na visita técnica ao serviço se verificará se as legislações vigentes estão sendo cumpridas de forma condizente e, portanto, se está garantindo os direitos das pessoas com deficiência e suas famílias, como também a sua proteção e inclusão social. O RESUP constitui-se, também, em uma avaliação que dará subsídios para verificar se o serviço está funcionando a contento, bem como a organização executora.

4. GRAS

Instrumental de planejamento necessário, para que o serviço, por meio de todos os seus profissionais, desenvolva, de forma condizente, as ofertas apresentadas na Caracterização do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva - Anexo I da Resolução COMAS SP nº 1020, de 30 de junho de 2015, conseqüentemente, no Termo de Convênio vigente. É, também, um instrumento de fundamental importância para a supervisão técnica aferir se de fato o serviço está atendendo a sua demanda dentro das normatizações estabelecidas, e promovendo a garantia dos direitos dos seus assistidos de acordo com as diretrizes do SUAS.

5. Relatórios Comparativos de resultado dos indicadores elaborados por COPS.

A partir das DEMES é possível extrair dados para os indicadores de avaliação. Os indicadores permitem analisar o processo de trabalho dos serviços e os resultados, portanto os relatórios de análise comparativa propiciam analisar a evolução do indicador, ou seja, o desempenho dos serviços.

6. Relatório de Visita de Supervisão Técnica

Instrumental de fundamental importância para o registro de dados observados e discutidos, informes e orientações realizadas “in loco”, de forma a subsidiar a análise do funcionamento da rotina do serviço, a coerência das atividades com os planejamentos propostos, a qualidade do serviço prestado e a sua conformidade com as diretrizes da Assistência Social.

É um dos instrumentais que subsidiam os demais instrumentais de competência e responsabilidade do técnico supervisor.

Aspectos necessários a serem registrados:

- 1) Dados de identificação do serviço
- 2) Data da supervisão e nome do supervisor técnico
- 3) Nº profissionais presentes no período da visita.
- 4) Controle da lista de usuários em acolhimento x capacidade conveniada.
- 5) Se houve desligamentos de usuários e os principais motivos.

- 6) Encaminhamentos para a rede socioassistencial (CJ, NCI, NAIS PcD) e outras políticas públicas (Saúde; Educação; Trabalho).
- 7) Atividades cotidianas em andamento na residência, com a participação do usuário.
- 8) Atividades socioeducativas e de lazer realizadas em recursos da comunidade e da cidade.
- 9) Trabalho com família realizado no período.
- 10) Parceria realizada com outros atores públicos.
- 11) Avaliação do serviço realizada com os usuários: famílias e PcD (verificar período previsto em Plano de Trabalho).
- 12) Organização do espaço físico.

7. Outros Instrumentais:

- a) **Ficha de Ingresso/Desligamento** – Dados de identificação do usuário, origem, ingresso, desligamento do serviço, composição familiar, pessoas de referência e demandas apresentadas;
- b) **Ficha de Saúde** – Dados com informações sobre a condição de saúde do usuário;
- c) **Tabela/Controle de Medicação** – Instrumento individual de cada usuário com informes sobre a prescrição de medicamentos; médico responsável; enfermeira de referência da UBS; cuidador responsável. Para a construção desse instrumental, o serviço deve contar com as orientações da UBS que realiza o matriciamento da residência.
- d) O **Plano Individual de Atendimento – PIA** é um instrumento técnico que contém ações e metas de desenvolvimento dos moradores, considerando o período em que estiver acolhido na residência. Constitui-se em um planejamento personalizado, visando a evolução pessoal da cada um dos usuários – enquanto sujeitos de direitos, a construção de um projeto de vida, o restabelecimento e fortalecimento de vínculos, a reintegração familiar, quando possível, e a inserção comunitária.

Desde o ingresso na residência, o usuário participa da elaboração do PIA e, sempre que necessário, outros profissionais também poderão participar e apoiar a sua construção, seja da área de saúde, da educação, ou trabalho, dentre outros, tendo em vista que serve, fundamentalmente, para a identificação das necessidades de ajudas técnicas e mecanismos e serviços de apoio à vida independente e inclusão na comunidade.

O plano deve considerar a história de vida de cada morador e a situação e dinâmica de sua família, quando for o caso. Este aspecto da avaliação deve servir para o planejamento da reinserção familiar, quando ainda houver possibilidade para tal.

- e) **Plano de Ação do Trabalho Técnico** – Instrumento de planejamento dos técnicos, elaborado de forma individual, conforme descrito no item XVII – 1. Plano de Trabalho;
- f) **Plano de Organização do Cotidiano** - Instrumento de planejamento das rotinas da residência, elaborado de forma participativa pelos usuários e profissionais do serviço. Descrito no item XI, deste documento;
- g) **Relatório Mensal de Atividades** – Resumo qualitativo das atividades socioeducativas internas e externas com usuários e/ou com famílias, capacitação com os profissionais do serviço, bem como interface realizada com a rede socioassistencial e de outras políticas públicas desenvolvidas no mês, a ser entregue ao Supervisor Técnico.

O serviço deverá manter “Prontuários” individualizados dos usuários acolhidos, onde constarão todas as suas informações: ficha de ingresso, de saúde, relatórios social, médico, técnico e de evolução, desde seu ingresso ao desligamento da Residência Inclusiva.

XVIII. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS¹³

1. BPC - Benefício de Prestação Continuada.

*O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, **individual, não vitalício e intransferível**, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, 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 idoso ou a pessoa com deficiência que more sozinho, que se encontre acolhido em Instituição de Longa Permanência (Abrigo, Hospital, ETC.) ou em situação de rua terão direito ao BPC desde que atendam aos critérios para recebimento do benefício.

Embora não haja orientação legal para o uso do BPC em se tratando de pessoas com deficiência, considera-se que, sendo **individual e intransferível**, o BPC deve ser utilizado para a aquisição de bens pessoais e de interesse do beneficiário em situação de acolhimento. Assim, destina-se exclusivamente para seu uso e em seu próprio benefício, sempre com o propósito de melhoria da sua qualidade de vida.

¹³ As informações grafadas em itálico constam no site do MDS.

Exemplo: compra de roupas, calçados, objetos pessoais, investimento em algum curso específico inexistente na rede de políticas públicas, e outros gastos avaliados pelas equipes técnicas do serviço e supervisão conjuntamente.

O serviço deve manter conta corrente individual e registro específico, também individualizado, e permanentemente atualizado, sobre o valor do BPC recebido pelo usuário e os gastos efetuados, devidamente comprovados e documentados.

Vale ressaltar que se aplica da mesma forma a necessidade de se manter em registro qualquer outro benefício ou renda recebida pelo usuário, sendo importante que ele também participe desse controle.

De acordo com a Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, a contratação de pessoa com deficiência como aprendiz não acarreta a suspensão do benefício de prestação continuada, estando limitado a 2 (dois) anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício.

2. Interdição¹⁴

Interdição é um processo judicial por meio do qual um juiz determina a curatela de uma pessoa que esteja total ou parcialmente impossibilitada de administrar sua própria vida e seus bens. A interdição pode ser total ou parcial. Neste processo, o juiz nomeia um curador para que este represente ou assista o interditado. A interdição é solicitada para uma pessoa que tenha 18 anos de idade ou mais.

A interdição total é uma medida de proteção que declara total incapacidade da pessoa com deficiência em administrar ou dirigir a sua própria vida e administrar seus bens, devendo, portanto, ser representada pelo curador em todos os atos da vida civil.

A interdição parcial é aquela proporcional ao desenvolvimento intelectual do interditado ou ao comprometimento intelectual, ainda que momentâneo, por ele apresentado. Trata-se de hipótese verificada nos casos em que o interditado possui habilidade, aptidão e autonomia para praticar apenas alguns atos, sem que seja necessária a representação do curador. A avaliação desse desenvolvimento parcial é feita pelo perito médico e decidida pelo juiz.

3. Curatela

¹⁴ Manual dos Direitos das Pessoas com Deficiência Intelectual – APAE de São Paulo

Em algumas situações, o requerente ou beneficiário precisa ser representado legalmente por outra pessoa para requerer ou receber o BPC. Essa representação precisa ser formalizada por meio de um termo de procuração ou apresentação do termo de guarda, tutela ou curatela.

Decisão judicial que visa à proteção da pessoa maior de 18 anos, considerada incapaz para os atos da vida civil, em que se concede a determinada pessoa a obrigação de defender e administrar os seus bens. A curatela não é obrigatória para que a pessoa acesse o BPC e deve ser utilizada apenas em casos de real necessidade.

O representante legal (nos casos de guarda, tutela, curatela ou de procuração) deve firmar, perante o INSS, um termo de responsabilidade mediante o qual se compromete a comunicar qualquer situação que possa anular a procuração, tutela ou curatela, principalmente quando ocorrer óbito do beneficiário, sob pena de incorrer nas sanções criminais e civis cabíveis.

Na ausência de familiares ou pessoa de referência designada em juízo como representante legal da pessoa com deficiência acolhida na Residência Inclusiva, deve apresentar-se como **representante do usuário** perante o Ministério Público e Poder Judiciário o Presidente ou um membro da diretoria da organização social executora do serviço.

Destacamos, ainda, da Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência - Lei [13.146/15](#), sancionada pela Presidência da República em 10 de julho de 2015, o Capítulo II – Do Reconhecimento Perante a Lei:

Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas. § 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à situação de curatela, conforme a lei. § 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção do processo de tomada de decisão apoiada. § 3º A definição da curatela da pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível. § 4º Os curadores estão obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

Art. 85. A curatela afetarã tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial. § 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto. § 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado. § 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoas que tenham vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

Art. 86. Para emissão de documentos oficiais, não será exigida a situação de curatela da pessoa com deficiência.

Art. 87. Nos casos de relevância e urgência e a fim de proteger os interesses da pessoa com deficiência em situação de curatela, será lícito ao juiz, ouvido o Ministério Público, de ofício ou a requerimento do interessado, nomear, desde logo, curador provisório, o qual estará sujeito, no que couber, às disposições do Código de Processo Civil.

XX. MARCOS LEGAIS

- **Constituição Federal do Brasil, de 05 de outubro de 1988.** Assegura o exercício dos direitos fundamentais e individuais.
- **Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742, de 07/12/1993.** Determina dentre seus objetivos, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; e, especificamente no inciso IV, do artigo 2º, destaca a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

- **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Decreto 3.298, de 20/12/1999.** Regulamenta a Lei 7.853, de 1989. Consolida as normas de proteção, estabelecendo orientações normativas com o objetivo de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência, inclusive o direito à assistência social. Define em suas diretrizes e objetivos, o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a inclusão social da pessoa com deficiência; a garantia do efetivo atendimento das suas necessidades, com cunho emancipatório; e o acesso, o ingresso e a permanência em todos os serviços oferecidos à comunidade.
- **Política Nacional de Assistência Social – Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004.** Define o provimento de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que dele necessitarem, configurando como um de seus usuários cidadãos e grupos cuja situação de vulnerabilidade e risco ocorra por desvantagem pessoal resultante de deficiências.
- **Decreto Federal nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.** Altera o artigo 4º do Decreto 3.298 quanto à definição das deficiências física, auditiva e visual e revoga os artigos 50 e 54 desse mesmo Decreto. Regulamenta as Leis 10.048, de 08/11/2000 e 10.098, de 19/11/2000, e estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência.
- **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência,** ratificada com equivalência constitucional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008.
- **Decreto Federal nº 6.949 de 25 de agosto de 2009** que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.
- **Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009,** que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais do SUAS.
- **Resolução CIT nº 5, de 8 de junho de 2011,** que padroniza prazos para a demonstração da implantação dos equipamentos públicos e da prestação dos serviços socioassistenciais e dá outras providências.
- **Resolução Nº 17, de 20 de junho de 2011, do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.** Ratifica a equipe de referência definida pela NOB-RH/SUAS e reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.
- **Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011,** altera os arts. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei nº 8.742/93, que trata da concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC.
- **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, que prevê o reordenamento dos serviços de acolhimento para pessoas com deficiência por meio de Serviço de Acolhimento Institucional em Residência Inclusiva.
- **Resolução CNAS nº 7, de 12 de abril de 2012,** que dispõe sobre o cofinanciamento federal para apoio à oferta dos Serviços de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, em situação de dependência, e suas famílias, em Centros-Dia de Referência e em Residências Inclusivas.
- **Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012,** do CNAS, que aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS.
- **Portaria Interministerial nº 3, de 21 de setembro de 2012,** do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS com o Ministério da Saúde - MS, que dispõe sobre a parceria

entre o Sistema Único da Assistência Social - SUAS e o Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em situação de dependência, em Residências Inclusivas.

- **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
- **Resolução nº 3, de 7 de março de 2013 - (CIT)** - Dispõe sobre a expansão qualificada dos Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em situação de dependência, em Residências Inclusivas.
- **Resolução nº 6, 13 de março DE 2013 - (CIT)** - Aprova a expansão qualificada de Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas.
- **Orientações Técnicas** - Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas – MDS /SNAS – 2012.
- **Resolução nº 744 COMAS SP, de 24 de outubro de 2013**, do Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS, que dispõe sobre a aprovação da execução do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva.
- **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)** – 2013 - São Paulo - 1ª Edição - Editora: SEDPCD.
- **Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014**. 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 1020 COMAS-SP, de 30 de junho de 2015**, que dispõe sobre aprovação de adequações no Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva.
- **Lei 13.146/2015, de 06 de julho de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- **Portaria nº 24/SMADS/15, de 28 de agosto de 2015**. Dispõe sobre a regulamentação do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residência Inclusiva.

Bibliografia complementar:

- SUPLINO, Maryse. Currículo Funcional Natural: Guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental - 3ª Edição (Revisada) – Rio de Janeiro: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; Rio de Janeiro: CASB-RJ, 2009.
- ALMEIDA, Neli Maria Castro e DELGADO, Pedro Gabriel Godinho (orgs.) – De Volta à Cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes – Ed. Instituto Franco Basaglia – RJ – 2.000

Sites:

- SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, mar./abr. 2009, p. 10-16. Disponível em www.apabb.org.br/.../Inclusao

- SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? Artigo publicado na Revista Nacional de Reabilitação, ano IX, n. 43, mar./abr. 2005, p.9-10. *Documento em PDF disponível em* <http://www.apabb.org.br/.../Inclusao>
- <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br> – Disponibiliza o Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- <http://www.psiqweb.med.br> – Tipo de classificação baseado na intensidade de apoios.
- O impacto na institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura – Aline Cardoso Siqueira; Débora Dalbosco Dell’Aglío. Universidade Federal do Rio Grande. Documento disponível em www.scielo.br/scielo
- Marina da Silveira Rodrigues Almeida - Instituto Inclusão Brasil. Consultora em Educação, Psicóloga Clínica e Educacional, Pedagoga Especialista e Psicopedagoga – Curso: Currículo Funcional Natural 14 e 15 de julho de 2011 - APAE de Batatais. *Disponível em* http://www.institutoinclusaobrasil.com.br/informacoes_artigos_integra
- www.dicionarioinformal.com.br/
- Google - Dicionário Online – Dicionários Michaelis – UOL
- www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc
- Manual dos Direitos das Pessoas com Deficiência Intelectual – APAE de São Paulo – 3ª Edição – Agosto de 2010. Disponível em www.apaesp.org.br/SobreADeficienciaIntelectual

