

Cuidado integral à saúde da criança com deficiência

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Créditos

Professora-autora

Jordana Santos Cardoso Gléria

Validadoras Técnicas

Ângela Pinto dos Santos

Coordenação–Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência -
DAET/SAES/MS

Bethânia Ramos Meireles

Coordenação–Geral de Ações Estratégicas, Inovação e
Avaliação da Educação em Saúde

Marly Maria Lopes Veiga

Coordenação–Geral de Ações Estratégicas, Inovação e
Avaliação da Educação em Saúde

Melquia Cunha Lima

Coordenação–Geral de Garantia dos Atributos da Atenção
Primária – DSF/SAPS

Revisora Pedagógica

Paola Trindade Garcia

Designer Instrucional

Steffi Greyce de Castro Lima

Designer Gráfico

Juliana Santos Aires de Oliveira

Revisão Textual

Fabiana Serra Pereira

Como citar este material: GLÉRIA. Jordana Santos Cardoso. **Cuidado integral à saúde da criança com deficiência**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2019.

SUMÁRIO

Apresentação	4
1 INTRODUÇÃO	5
2 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA	11
2.1 Práticas terapêuticas	17
2.2 Práticas coletivas e práticas educativas	19
2.3 Atendimento domiciliar e identificação das necessidades	21
3 FERRAMENTAS PARA GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA	23
3.1 Clínica Ampliada	23
3.2 Apoio Matricial	25
3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)	27
3.4 Articulação do Nasf com os outros pontos da rede de atenção	28
3.5 Articulação intersetorial	29
Considerações finais	30
REFERÊNCIAS	31

Apresentação

Olá!

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS faz parte do projeto Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, mais conhecido como Plano Viver sem Limite. Dentro desta rede, que funciona na Atenção Básica, existem especificidades no cuidado integral de crianças, adolescentes, adultos e idosos com deficiências.

Neste material, você terá acesso às informações sobre o cuidado integral à infância, as estratégias da Atenção Básica existentes para realizar o trabalho, a importância de uma equipe composta por diversos profissionais diferenciados e as ferramentas que existem para a gestão do cuidado à criança com deficiência.

Bons estudos!



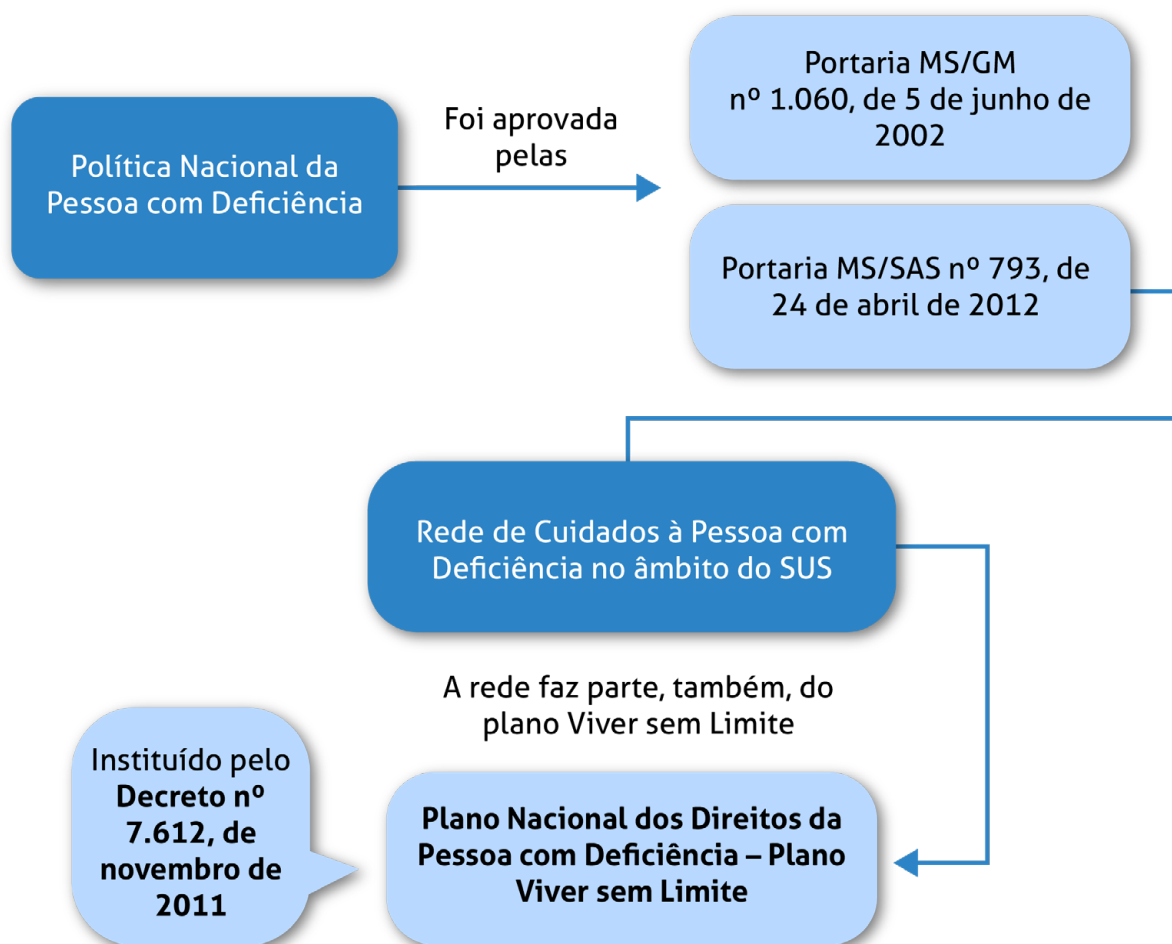
Objetivo educacional

Neste material, queremos que você entenda o cuidado integral à saúde da criança com deficiência na Atenção Básica como componente da rede de cuidados à pessoa com deficiência.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à criança com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) é norteado pela **Política Nacional da Pessoa com Deficiência**.



Em 2017, A Portaria nº 793 foi revogada pela [Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017](#), que consolidou as normas sobre as redes do SUS.

A Política Nacional da Pessoa com Deficiência propõe a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção à sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade¹.

Diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência

Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência;

Prevenção de deficiências;

Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;

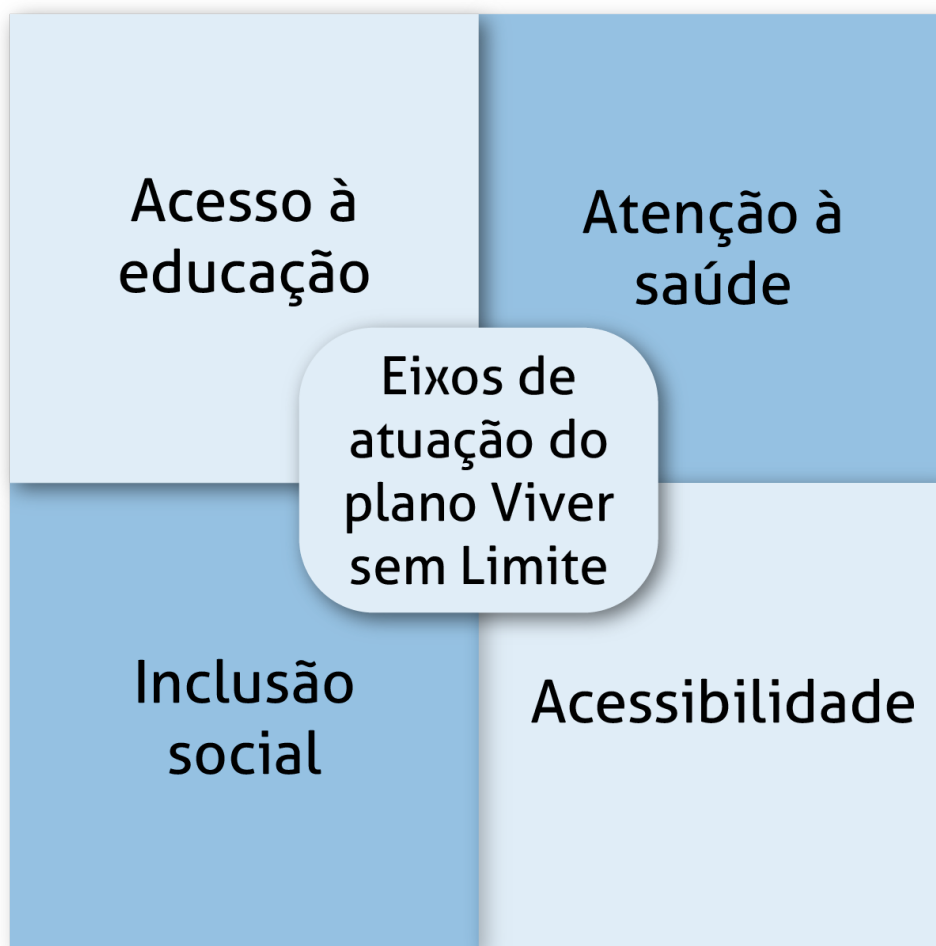
Capacitação de recursos humanos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

O Plano Viver sem Limite traz com ele algumas mudanças no que se refere ao cuidado à pessoa com deficiência. Entre estas mudanças é apontada a articulação dos diversos setores, ou seja, a **intersectorialidade**.



Pensando na intersectorialidade, a partir do Plano Viver sem Limites, o cuidado à pessoa com deficiência se dá na interlocução de políticas, programas e ações por eixos de atuação. Na figura abaixo você pode observar os eixos:



Fonte: BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência:** SDH-PR/SNPD, 2013e.

Para a operacionalização do Plano Viver sem Limite, foram propostas novas diretrizes que ampliaram e foram ao encontro das diretrizes que já existiam no plano². São elas:

Prevenir	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir as causas das deficiências.
Ampliar	<ul style="list-style-type: none">• Ampliação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação;• Ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade;• Ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional.
Garantir	<ul style="list-style-type: none">• Garantia de um sistema educacional inclusivo;• Garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado.
Promover	<ul style="list-style-type: none">• O acesso, o desenvolvimento e a inovação em tecnologia assistiva.

A revisão do marco normativo da Política Nacional de Triagem Neonatal e a criação de protocolos de atendimentos para a pessoa com deficiência também foram mudanças ocasionada pela criação da Rede de Cuidados e por meio dela foram criadas as seguintes diretrizes:

- Diretrizes de Atenção à pessoa com Síndrome de Down;
- Diretrizes de Atenção à pessoa com Paralisia Cerebral;
- Diretrizes de Atenção à pessoa amputada;
- Diretrizes de Atenção à pessoa com lesão medular;
- Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral;
- Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo;
- Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com Traumatismo Cranioencefálico;
- Diretrizes de Atenção à saúde ocular na infância;
- Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal;
- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com Síndrome Pós-Poliomielite e Comorbidades.

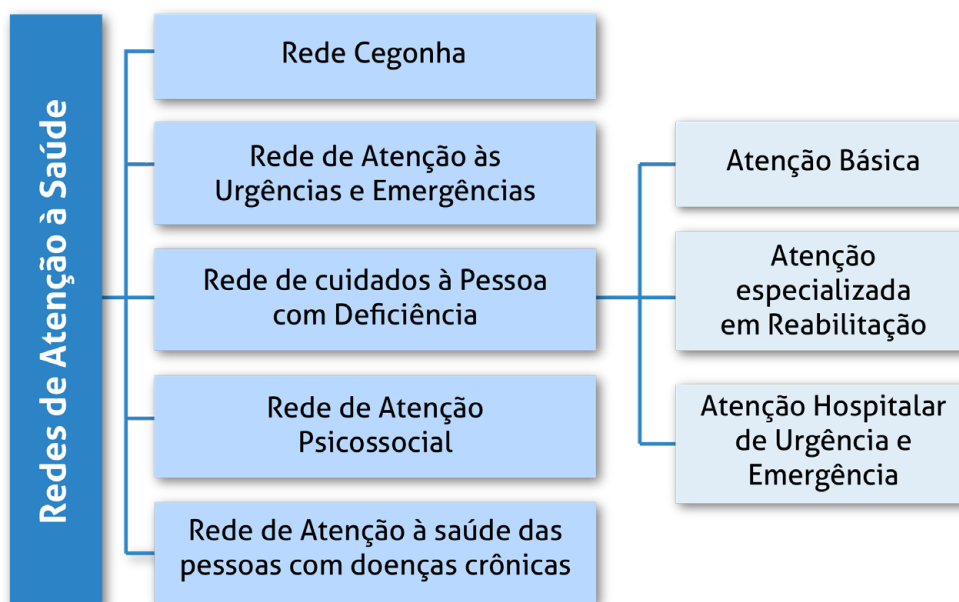
No campo da saúde, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída em articulação com os demais setores e tem como objetivos: gerais³:

Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente.

Promover a vinculação das pessoas com deficiência aos pontos de atenção.

Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento de classificação de risco.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é componente da Rede de Atenção à Saúde da qual fazem parte:



A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência possui uma abrangência que não se restringe a um nível de atenção à saúde apenas. Ela propõe serviços e iniciativas que abarcam desde a Atenção Básica, a Atenção especializada em Reabilitação e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Estes componentes são articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio. Também são consideradas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam³:

Acessibilidade;

Comunicação;

Manejo clínico;

Medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função;

Medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

Entre as ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estão³:

Qualificação das equipes de saúde da atenção básica;

Identificação e intervenção precoce;

Oferta de atenção odontológica às pessoas com deficiência;

Reestruturação do atual sistema de busca e acompanhamento de casos de pessoas com deficiência;

Encaminhamento de crianças diagnosticadas por meio dos testes a serviços que possam promover o tratamento necessário em cada caso.

Além destas ações, a criação de **Centros Especializados em Reabilitação** e **Oficinas Ortopédicas** e a ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção são algumas medidas que possibilitaram a expansão e qualificação do cuidado à pessoa com deficiência³. São componentes da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência:



2 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo. Tais ações abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde objetivando desenvolver uma atenção integral que produza um impacto na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde⁴, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

Identificação precoce	Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância.
Acompanhamento dos RN de alto risco	Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades.
Educação em saúde	Educação em saúde com foco na prevenção de acidentes e quedas.
Linhas de cuidado e protocolos clínicos	Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência.
CAB	Publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência.

Inclusão social e qualidade de vida	Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência.
Acolhimento e classificação de risco	Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência.
Atenção domiciliar	Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar.
Apoio e orientação às famílias	Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência.
PSE	Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência ⁴ .



Atenção

A eESF e eNasf têm por atribuição realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do seu território. Por isso, os profissionais que compõem tais equipes devem estar atentos às necessidades de cuidado das mães, pais, bebês, famílias e cuidadores⁵. Nas páginas seguintes veremos mais sobre essas equipes.

O Nasf deve atuar de maneira integrada e complementar às eAB/ eSF. Estas equipes assumem responsabilidade compartilhada desde o acompanhamento pré-natal até o cuidado da criança com alteração no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)⁵.



Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A eNasf contribui como reguladora dos fluxos de referência em uma perspectiva micro de gestão, evitando encaminhamentos desnecessários, encaminhamentos para serviços não compatíveis com o perfil da demanda e sobrecarga nos serviços de saúde.

Desta forma, o Nasf atua diretamente na avaliação e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), identificação precoce de alterações, tratamento e reabilitação das crianças. Assim, evita os encaminhamentos desnecessários, reduz o tempo nas filas de espera e contribui, inclusive, para os fluxos de referência e contrarreferência de forma organizada e ainda mais qualificada⁵.

São competências para o trabalho de Reabilitação na AB:

- Compreender as questões de funcionalidade e DNPM para atuação no território;
- Compartilhar com a equipe os aspectos funcionais e sua interação com o contexto sociofamiliar no cuidado ao usuário;
- Trabalhar em equipe;
- Realizar atendimento compartilhado e individual (UBS e/ou no domicílio);
- Realizar atendimento por meio de grupo terapêutico;
- Realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tanto com o olhar de campo, como com o olhar de núcleo profissional;
- Prestar suporte técnico pedagógico às eSF;
- Conhecer e utilizar as diversas ferramentas para a prática do apoio, tais como: Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde no Território⁶.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz atribuições tanto comuns a todos os profissionais da AB (territorialização; identificação de riscos e vulnerabilidades; realização do cuidado da população adscrita na UBS, no domicílio e nos demais espaços comunitários) quanto a cada profissional que compõe a eSF e a eNasf. A partir de seu objeto de trabalho, possui atribuições e competências específicas para resolução ou encaminhamento de demandas individuais ou coletivas⁶.

São ações necessárias ao trabalho da eNasf:

- Territorializar e identificar demandas específicas voltadas aos profissionais de reabilitação do Nasf (barreiras, facilitadores, perfis demográficos e epidemiológicos da população, dispositivos da rede de cuidado/atenção);
- Eleger prioridades de intervenção, sem perder de vista a governabilidade e alinhamento individual e entre os membros da equipe;
- Avaliar e monitorar adequadamente o DNPM das crianças;
- Promover a estimulação precoce das crianças, por meio de grupos, atendimento individual, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados;
- Oferecer suporte psicossocial às famílias de crianças com deficiência;
- Planejar e executar ações (preventivas, promocionais e de reabilitação);
- Avaliar as ações pensando em intervenções futuras;
- Definir a agenda para acompanhamento periódico das crianças com alteração do DNPM pelas eSF/eAB/Nasf;
- Construir protocolos e diretrizes terapêuticas locais para atuação do Nasf;
- Articular-se com outros pontos de atenção à saúde e pactuar fluxos com os serviços especializados de reabilitação^{5, 6}.
- Articular-se com equipamentos do território, como creches, escolas, CRAS, CREAS e associações;
- Promover atividades de educação permanente, de acordo com as necessidades.

O cuidado prestado pelos profissionais do Nasf pode ocorrer por meio de intervenção individual ou coletiva, em práticas de acolhimento, terapêuticas e educativas. Essas ações possibilitam avaliar as necessidades em saúde e articular intervenções com outros pontos de atenção ou outros setores⁶.

Práticas de acolhimento

Têm o objetivo de acolher o usuário e suas demandas, principalmente em torno do escopo da reabilitação, mas estando atento a outras necessidades, a partir de uma escuta qualificada. Com a identificação das demandas, o profissional do Nasf contribui com seus saberes específicos, aconselhando os usuários sobre os cuidados relativos à sua reabilitação e ampliando a proposta do acolhimento para um momento de prescrição terapêutica ou encaminhamento para outro ponto de atenção.⁶

Práticas terapêuticas

São práticas assistenciais que permitem o cuidado em reabilitação na AB com resolutividade. Têm o objetivo de prover o cuidado necessário para cada caso. Podem ser individuais ou coletivas, conduzidas por um ou mais profissionais da eNasf, em conjunto ou não com integrantes das eSF.⁶



Na página seguinte, abordaremos mais as práticas terapêuticas, que no Nasf são um pouco diferenciadas. Vamos lá?

2.1 Práticas terapêuticas

As práticas terapêuticas na AB são diferentes das práticas promovidas por centros de especialidades, que tradicionalmente se configuram por sessões de terapia frequentes, com uso de recursos tecnológicos densos e tempo prolongado de tratamento.

É importante destacar essa diferenciação visto que os cuidados na AB e o cuidado nos serviços especializados são igualmente importantes para a reabilitação e devem ser concebidos em continuidade, não em substituição⁶.



As práticas terapêuticas na AB devem levar em consideração:

- A complexidade exigida em cada situação;
- O número de casos semelhantes no território;
- A carga horária dos profissionais;
- A possibilidade de potencializar o autocuidado pelo usuário ou a rede de apoio da criança com deficiência;
- A disponibilidade de outros serviços e profissionais na rede.⁶

O Nasf atua diretamente na avaliação e no atendimento às crianças. A possibilidade de cuidado das crianças com alteração no desenvolvimento neuropsicomotor na AB deve levar em conta a complexidade da ocorrência e a disponibilidade de diferentes profissionais nesses serviços, uma vez que há casos que não precisarão de densidade tecnológica avançada⁵.

Assim, podemos pensar que há casos que facilmente podem ser acompanhados na AB, considerando que de acordo com a complexidade do caso, não necessitam de um arsenal tecnológico como aparelhos ou máquinas como condição para que aconteça.

São casos em que o profissional pode lançar mão de técnicas de estimulação precoce e recursos alternativos, educação em saúde aos familiares, desenvolvimento de competências de autocuidado e acionamentos dos dispositivos de cuidado disponíveis no próprio território.



Tomando como base a agenda de acompanhamento do desenvolvimento infantil e os marcos de desenvolvimento, os profissionais da AB poderão identificar nas primeiras consultas algum sinal de alteração. Logo, podem ofertar oportunamente os cuidados necessários, a estimulação precoce, as orientações à família e aos cuidadores, bem como realizar os encaminhamentos necessários⁵.

Em alguns casos, as equipes dos serviços especializados em reabilitação poderão ofertar suporte especializado às eAB/eSF/Nasf, visando à identificação precoce das alterações do DNPM e qualificação do cuidado⁵. A atuação dos profissionais pode contemplar também, o trabalho de escuta atenta e problematização sobre o que povoa o imaginário da mãe e da família da criança com deficiência e o reconhecimento de recursos junto à família, com a construção de habilidades e competências para lidar com as dificuldades encontradas⁵.

2.2 Práticas coletivas e práticas educativas

Práticas coletivas

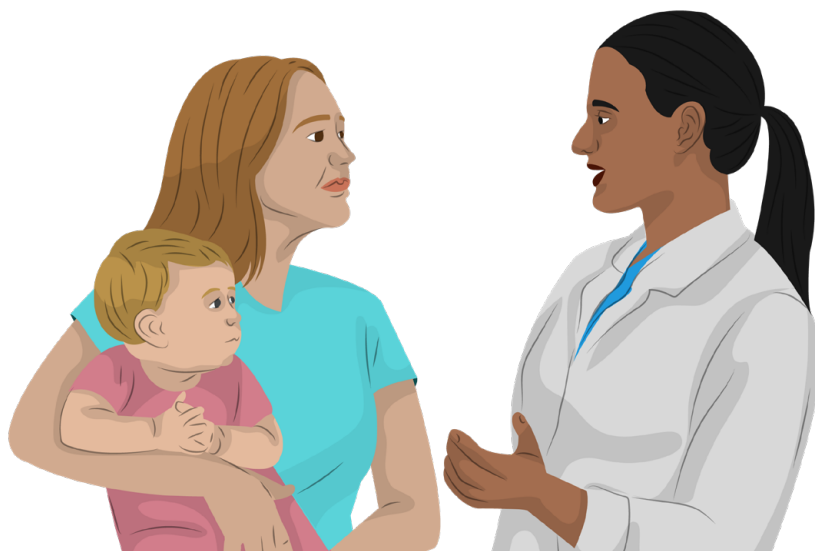
As práticas coletivas consistem em grupos terapêuticos, com possibilidades diversas de configuração. Podem ser abertos ou fechados, contínuos ou com duração determinada, executados na UBS ou em outros locais disponíveis do território⁶. O Nasf poderá realizar grupos terapêuticos para estimular as habilidades da criança, contando com a presença de mães, pais e/ou cuidadores⁵.



Práticas educativas

As práticas educativas são transversais. Estão presentes em todas as ações específicas do Nasf (atendimentos individuais, atendimentos/visitas domiciliares, atendimentos coletivos, interação com as eSF)⁶. Na AB, o acompanhamento de Estimulação Precoce consiste também em orientar as famílias quanto às atividades que favoreçam a estimulação do DNPM da criança e diferentes habilidades por meio de brincadeiras e outras ações que envolvam estímulos sensoriais e motores. Os pais devem ser vistos como protagonistas na ação junto à equipe de AB com o objetivo principal de fortalecer o vínculo e promover o cuidado integral.⁵ As atividades de educação em saúde também podem contemplar ações como oficinas com os

cuidadores de creches do território quanto ao cuidado com as crianças sob o ponto de vista neuropsicomotor, alimentação, riscos de acidentes domésticos, higiene etc⁵.



Na AB, o acompanhamento de Estimulação Precoce consiste também em orientar as famílias quanto as atividades que favoreçam a estimulação do DNPM da criança e diferentes habilidades por meio de brincadeiras e outras ações que envolvam estímulos sensoriais e motores. Os pais devem ser vistos como protagonistas na ação junto à equipe de AB com o objetivo principal de fortalecer o vínculo e promover o cuidado integral.⁵ As atividades de educação em saúde também podem contemplar ações como oficinas com os cuidadores de creches do território quanto ao cuidado com as crianças sob o ponto de vista neuropsicomotor, alimentação, riscos de acidentes domésticos, higiene etc.⁵



Saiba mais



Saiba mais

Leia a publicação do Ministério da Saúde: "O cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores".

[Clique aqui para acessar.](#)

2.3 Atendimento domiciliar e identificação das necessidades

O **atendimento domiciliar** é um campo de prática amplo que oportuniza diversas possibilidades de intervenção. Pode servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal dos pacientes⁷.

A observação do ambiente domiciliar e comunitário deve considerar as especificidades do território, com as barreiras e os facilitadores ao desenvolvimento infantil e sua inclusão social.



Nesta perspectiva, a AB orientará a oferta de ambiente propício para promover a estimulação precoce das diferentes habilidades da criança⁵.

A **identificação das necessidades** é uma prática comum a todos os profissionais da AB. É imprescindível que os profissionais de reabilitação que compõem a eNasf realizem mapeamento daquelas crianças com limitações funcionais, alterações cognitivas e com deficiências⁶.

É de responsabilidade sanitária dos profissionais do Nasf e eSF estarem atentos à vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor e ao cuidado desde o pré-natal até a puericultura, favorecendo o vínculo e o reconhecimento de situações que necessitam ser acompanhadas com maior proximidade⁶.

Cabe lembrar que é papel de todas as eSF/eAB, apoiadas ou não pelo Nasf, realizarem a identificação precoce de sinais de desenvolvimento atípico e a busca ativa efetiva dos casos de atraso no DNPM no território. Assim, favorecem o cuidado em tempo oportuno e o direcionamento qualificado dos encaminhamentos necessários⁵.



Importante

As práticas terapêuticas devem ser pensadas e executadas no sentido de ampliar as ações da AB, considerando as situações em que são a melhor conduta para as condições de saúde a que atendem. Não podem, no entanto, ser realizadas em substituição aos serviços especializados nos casos de uma rede de atenção fragilizada ou incompleta⁶.

O trabalho da eNasf e eSF deve também viabilizar o acesso em programas sociais de solicitação de benefícios e/ou participação em programas de complementação de renda para famílias de crianças com deficiência e em condição econômica e social de pobreza ou extrema pobreza⁵.



Saiba mais



Leia a publicação do Ministério da Saúde: "A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por zika".

[Clique aqui para acessar.](#)

3 FERRAMENTAS PARA GESTÃO DO CUIDADO À CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA

3.1 Clínica Ampliada

O discurso do modelo biomédico focaliza o corpo deficiente ou a disfunção da parte do corpo e determina que o indivíduo necessite dos cuidados de diversos especialistas que definirão quais serão as intervenções mais adequadas, fazendo com que o trabalho de várias profissões se resuma às práticas prescritivas⁶. Leia abaixo como a inserção de vários profissionais diferentes tem um importante papel no cuidado integral:

- A presença de diferentes profissões na AB com a chegada do Nasf, assim como a articulação entre os profissionais, são essenciais para compartilhamento das ações e da interdisciplinaridade. Progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe⁶.
- As competências específicas de cada núcleo profissional trazem, a partir de uma perspectiva contemporânea para formação e prática profissional, interfaces possíveis de diálogo interprofissional⁶. É a partir desta interlocução de saberes que podemos pensar na Clínica Ampliada.

Sabemos que no campo da Reabilitação há profissões que já nasceram inseridas neste saber, ou melhor, surgiram a partir de uma demanda que atravessa o campo do saber produzido acerca das deficiências. No entanto, isso não impede que o núcleo específico de saber destas profissões se estenda aos demais profissionais a fim de que haja uma compreensão por parte de outros profissionais com relação a área de Reabilitação e Saúde Funcional, desenvolvendo assim as competências necessárias para este trabalho. É desta forma que o Nasf, junto a eSF, vai consolidando seu trabalho de promover a Clínica Ampliada.

Um exemplo de como a Clínica Ampliada pode acontecer no cuidado à saúde da criança com deficiência é trazendo para o campo, aquilo que o núcleo de conhecimento de cada profissão pode contribuir na condução de um caso.



No campo da reabilitação, algumas profissões como a Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia estão mais próximas do campo da Saúde Funcional. Contudo, isso não impede que profissões como medicina e enfermagem possam contribuir no cuidado à criança com deficiência em questões relativas ao crescimento e maturação.

Do mesmo modo, a Psicologia pode trazer contribuições importantes referente à constituição psíquica e o Serviço Social lançar um olhar diferenciado para as questões sociais que implicam diretamente na inclusão social da criança com deficiência e sua família.

Percebam com isso que o cuidado integral se dará nessa articulação de saberes que se complementam e lançam um olhar sobre o caso ou problema de saúde que muitas vezes não será solucionado apenas lançando mão de estratégias no campo da saúde, mas que se estende às áreas da educação, cultura, lazer, assistência social e jurídica.

3.2 Apoio Matricial

O Apoio Matricial (AM) é uma ferramenta de gestão do cuidado que pode exercer tanto o suporte clínico assistencial a exemplo da consulta/visita compartilhada, construção do PTS ou da discussão de caso, quanto o suporte técnico-pedagógico no sentido de possibilitar os processos de educação em saúde.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação⁹.

A metodologia do Apoio Matricial (AM) – que não se restringe a atuação do Nasf quando utilizada por serviços especializados – pode ser uma forma de qualificar o cuidado, diminuindo o número de encaminhamentos desnecessários da AB e facilitando o compartilhamento do cuidado⁸.

- O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso⁹.
- O trabalho do Apoio Matricial pressupõe a presença de um gestor de caso, responsável por ações diretas com usuários, interconsultas e viabilização da ligação entre atenção básica e especializada. No trabalho de matriciamento é priorizado a discussão de caso e atendimento compartilhada com a equipe, ao mesmo tempo que existem aqueles que atuam como supervisores e consultores ou, por outro lado, exercem práticas clínicas de modo isolado⁸.
- Na AB, encontramos no trabalho do Nasf um modelo de Apoio Matricial, já que ele pode exercer esse papel de expandir o conhecimento do núcleo para o campo, ou seja, trazer para o campo da AB especificidades do seu núcleo (reabilitação, saúde funcional, atenção psicossocial) por meio do matriciamento das eSF. Do mesmo modo, as equipes dos serviços de reabilitação podem exercer o matriciamento dando suporte para as eNasf e eSF.

Uma outra forma desse suporte técnico-pedagógico semelhante ao Apoio matricial se dá é por meio das consultas ao Telessaúde. O Telessaúde é uma plataforma online, mantida pelo Ministério da Saúde em parceria com diversas universidades, em que os profissionais de diferentes pontos da rede de atenção podem recorrer, para fins de teleconsultoria. A Teleconsultoria poderá ter o objetivo de consultar questões referentes aos procedimentos clínicos, ações de saúde e processo de trabalho.



Saiba mais

Acesse o site do Telessaúde: <http://telessaude.saude.ms.gov.br/portal/>

3.3 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é ferramenta de gestão de cuidado compartilhado e corresponsável, sendo incorporado nas rotinas das equipes gradualmente. A partir da escuta qualificada e do respeito à individualidade do sujeito, constrói-se em conjunto o PTS, pensado nas possibilidades de trabalho multidisciplinar, no envolvimento do usuário com seu próprio cuidado e nos elementos do território⁶.

Um PTS constitui-se, então, em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe Nasf. É uma variação da discussão de "caso clínico" e geralmente é dedicado às situações mais complexas⁷.

A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos⁷:

- **Diagnóstico e análise:** deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito.
- **Definição de ações e metas:** propostas de curto, médio e longo prazo discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar.
- **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e Nasf). Além disso, estabelecer qual será o profissional de referência para gestão do caso.
- **Reavaliação:** discussão da evolução do caso e se mudanças a serem tomadas.

3.4 Articulação do Nasf com os outros pontos da rede de atenção

O Nasf pode assumir um papel de articulação entre as equipes de Atenção Básica e os demais serviços de saúde e órgãos de outros setores, favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado. Cabe ressaltar, ainda a importância dos profissionais das equipes de referência também se comunicarem e se encontrarem com equipes e profissionais de outros pontos de atenção⁷.

Para que exista adequada articulação com os demais pontos de atenção da rede, é muito importante que a eESF e a eNasf tenham acesso aos fluxos atualizados e pactuados com cada serviço especializado⁶.

Assim, quando há a identificação da necessidade de um cuidado especializado em outro ponto de atenção da rede, verificam os critérios de acesso e discutem o quanto aquela intervenção pode contribuir para a saúde do usuário, esclarecendo para ele os possíveis benefícios.



Caso avaliado que o usuário deve ser encaminhado, as eESF e o eNasf o apoiam ao longo do processo e acolhem suas necessidades após a alta do serviço especializado⁶.



Importante

Vale ressaltar que este estabelecimento de conexões entre profissionais/equipes de diferentes serviços incluem outros setores, como a assistência social e a educação, para implementar um projeto terapêutico elaborado pelas equipes de referência com a equipe do Nasf, tem um potencial de catalisar redes e fluxos assistenciais no território de atuação dessas equipes.⁷

3.5 Articulação intersetorial

A intersectorialidade busca considerar as condições de vida da população a partir de seus problemas e a partir disso, desenvolver ações integradas de vários setores. A atuação intersectorial é uma das diretrizes de trabalho utilizadas em muitas situações na AB. É entendida como a articulação de ações que envolvam vários setores, reconhecendo que a produção da saúde tem relação com outras políticas como: educação, segurança, cultura, habitação, assistência social, transportes, lazer, esportes⁷.

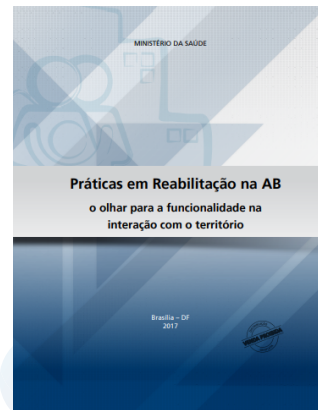
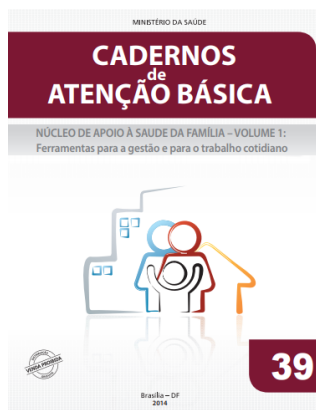
No cuidado à criança com deficiência são pontos de articulação com os demais setores:

- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS);
- Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS);
- Conselhos Tutelares;
- Creches e Escolas;
- Pontos de cultura;
- Associações comunitárias;
- Associações de pais de crianças deficientes;
- Secretaria de urbanismo e transporte;
- Defensoria Especializada da pessoa idosa e da pessoa com deficiência;
- Promotoria de Justiça da pessoa com deficiência;
- Abrigos;
- Parques e espaços de lazer;
- Projetos de economia solidária.



Saiba mais

Clique nas imagens abaixo para acessar as publicações do Ministério da Saúde sobre o assunto:



Considerações finais

Neste recurso, você conheceu as principais estratégias da Atenção Básica e as ferramentas de gestão existentes para o cuidado integral às crianças com deficiência.

Embora seja corriqueiro realizar encaminhamentos para centros especializados, é importante ressaltar que a Atenção Básica, por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tem um importante papel no atendimento a este público. A Atenção Básica continua sendo a porta de entrada para atendimentos mais complexos e quando se trata da infância seu trabalho é muito importante para prevenção, cuidados e identificação de necessidades especializadas.

Até a próxima!



REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.
2. BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011: Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**. Brasília, 2011.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.
4. BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. SDH-PR/SNPD, 2013.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A estimulação precoce na Atenção Básica: guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no contexto da síndrome congênita por ZIKA**. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

8. MELO, A.; MIRANDA, L.; SILVA, A.; LIMEIRA, R. **Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios.** Rev Saúde Debate. RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 328-340, Setembro, 2018.

9. CAMPOS, G.; DOMITTI, AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

FICHA TÉCNICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Coordenação–Geral de Ações Estratégicas, Inovação e Avaliação da Educação
em Saúde**

Equipe Técnica da Coordenação

Bárbara Ferreira Leite
Bethânia Ramos Meireles
Marcos Pelico Ferreira Alves
Marly Maria Lopes Veiga

Revisoras Técnicas

Bethânia Ramos Meireles
Marly Maria Lopes Veiga

Equipe Técnica do Núcleo de Comunicação

Eduardo Pinto Grisoni

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Revisora Técnica - Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária

Melquia da Cunha Lima

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Coordenação - Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

Revisora Técnica - Coordenação - Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

Ângela Pinto dos Santos

Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA

Coordenação Geral

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de projetos

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Coordenação de Produção Pedagógica

Paola Trindade Garcia

Coordenação de Ofertas Educacionais

Elza Bernardes Ferreira

Coordenação de Tecnologia da Informação

Dilson José Lins Rabêlo Junior

Coordenação de Comunicação

José Henrique Coutinho Pinheiro

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL