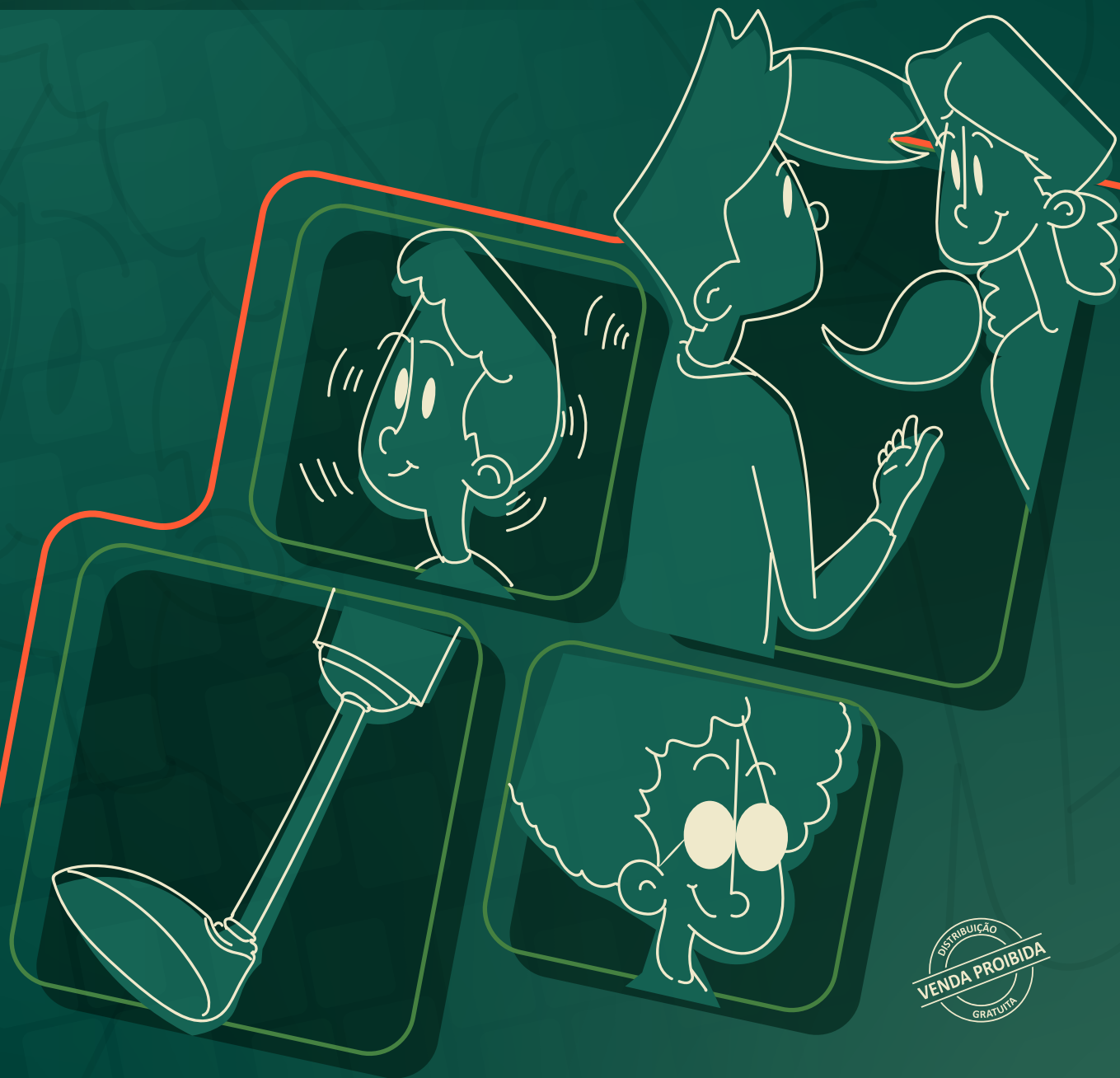
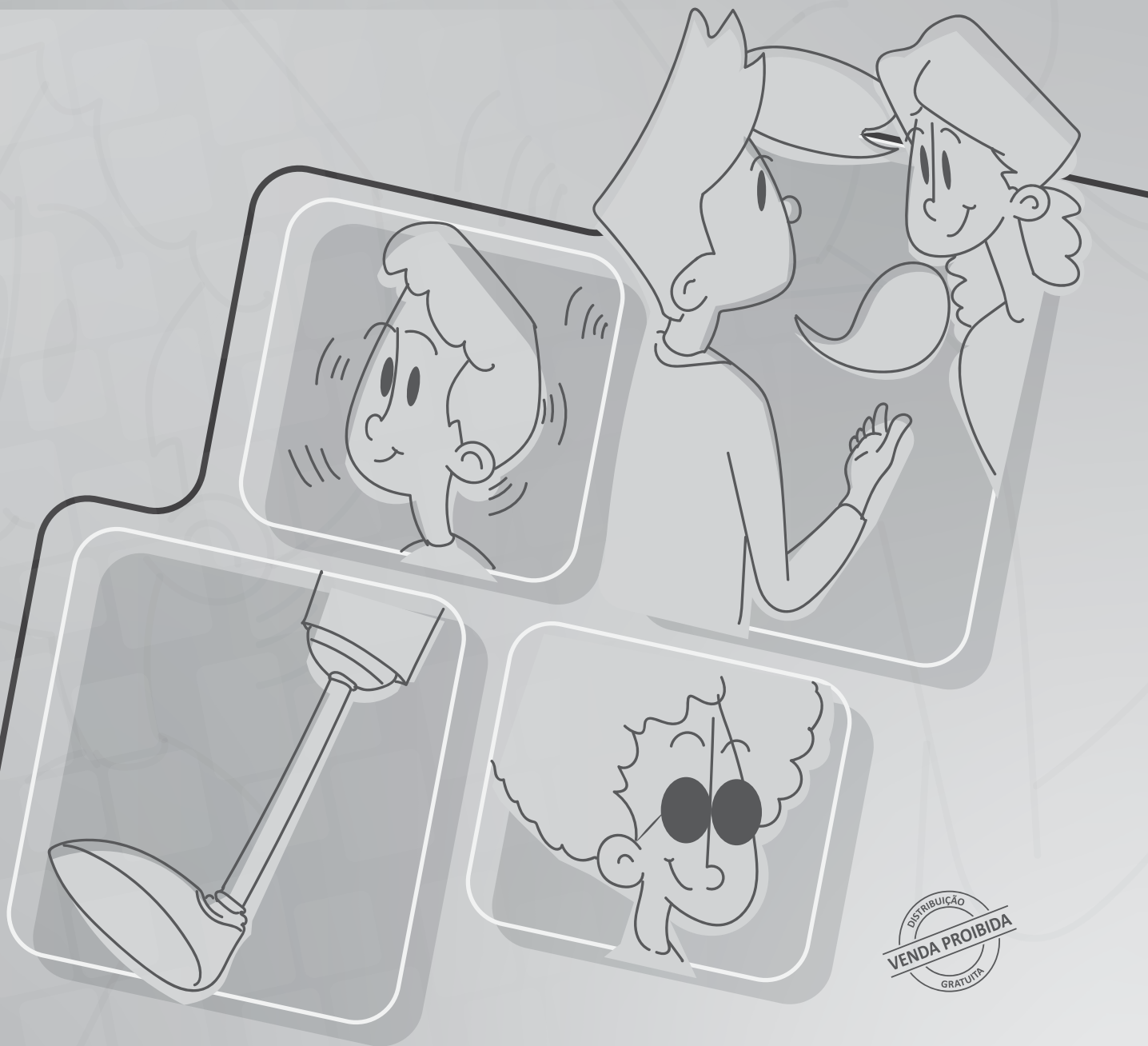


Guia de orientação para implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Guia de orientação para implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



2026 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

1ª edição – 2026 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º Andar, ala B sul
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6238
E-mail: pessoacomdeficiencia@saude.gov.br

Supervisão-geral:

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Coordenação-geral:

Arthur de Almeida Medeiros

Organizadores:

Arthur de Almeida Medeiros
Camila Rocha Simão
Lilian Lira Lisboa
Luane Carvalho Costa
Renata Barros Mendonça
Theresa Helena Ramos da Silveira Mota de Queiroz

Elaboração:

Ana Raquel Rodrigues Lindquist
Arthur de Almeida Medeiros
Camila Rocha Simão
Gentil Gomes da Fonseca Filho
Hércules Ribeiro Leite
Isabelly Cristina Rodrigues Regalado Moura
Lidiane Francisca Borges
Lilian Lira Lisboa
Lorena Marques de Melo Santiago
Luane Carvalho Costa

Renata Barros Mendonça
Robson da Fonseca Neves
Samantha Santos de Albuquerque Maranhão
Theresa Helena Ramos da Silveira Mota de Queiroz
Túlio Romério Lopes Quirino

Colaboração:

Instituto Santos Dumont (ISD)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (UFMG); Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (UFMG); Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia (UFRN) e CanChild (McMaster University)
Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia (PPGFIS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 3º andar, sala 356-A t
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7791
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Valéria Gameleira da Mota
Revisão textual: Tamires Felipe Alcântara
Design editorial e Ilustração: Sátiro Júnior

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de orientação para implementação do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2026.
92 p. : il.

Modo de acesso: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacao_projeto_terapeutico_deficiencia.pdf
ISBN 978-65-5993-989-3

1. Saúde da Pessoa com Deficiência. 2. Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência. 3. Auxiliares de Comunicação para Pessoas com Deficiência. I. Título.

CDU 616-056.26

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0382

Título para indexação:

Guideline for Implementing the Singular Therapeutic Project within the Care Network for Persons with Disabilities

SUMÁRIO

1	ENTENDENDO O PTS: A BASE DO CUIDADO INDIVIDUALIZADO NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO.....	5
1.1	Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência e Projeto Terapêutico Singular	5
1.2	Aos Centros Especializado em Reabilitação – CERs.....	7
1.3	Atenção para a integração das dimensões	8
1.4	Princípios fundamentais do Projeto Terapêutico Singular – PTS	9
1.5	Articulação intersetorial e inter-relacional na elaboração do PTS	10
1.6	Integração de saberes.....	10
1.6.1	<i>Colaboração entre profissionais.....</i>	<i>10</i>
1.7	Comunicação eficiente	11
1.7.1	<i>Apoio ao usuário.....</i>	<i>11</i>
1.8	Valorização das dimensões sociais na construção do PTS	13
	Referências	14
2	COMO PODEMOS IMPLEMENTAR O PTS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE?	16
2.1	Possíveis soluções: necessidade de mudanças na forma de prestação de serviço em Centros Especializados em Reabilitação.....	17
2.2	Pilares para um PTS efetivo.....	18
2.3	Contexto do modelo biopsicossocial nos CERs.....	19
2.3.1	<i>Como operacionalizar o modelo biopsicossocial dentro do contexto da reabilitação?.....</i>	<i>20</i>
2.3.2	<i>Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – CIF.....</i>	<i>20</i>
2.4	Elementos-chave (direitos e deveres) da PCF	25
2.5	Prática centrada na pessoa e família = prática colaborativa.....	27
2.6	Detalhes sobre os possíveis instrumentos a serem utilizados em cada etapa	29
2.7	Intersetorialidade e matriciamento.....	34
2.8	Tradução do conhecimento como metodologia para guiar a implementação do PTS	36
2.9	Relato de experiência da implementação do PTS em um CER.....	39
	Referências	52
3	ORIENTAÇÕES AOS GESTORES E ÀS EQUIPES	54
3.1	Recomendações aos gestores	55
3.2	Responsabilidades da equipe	77
3.3	Envolvendo usuários e familiares	82
3.3.1	<i>O que é preciso considerar antes de envolver usuários e familiares no PTS?.....</i>	<i>83</i>
3.4	Considerações finais.....	86
	Referências	87



1 ENTENDENDO O PTS: A BASE DO CUIDADO INDIVIDUALIZADO NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO

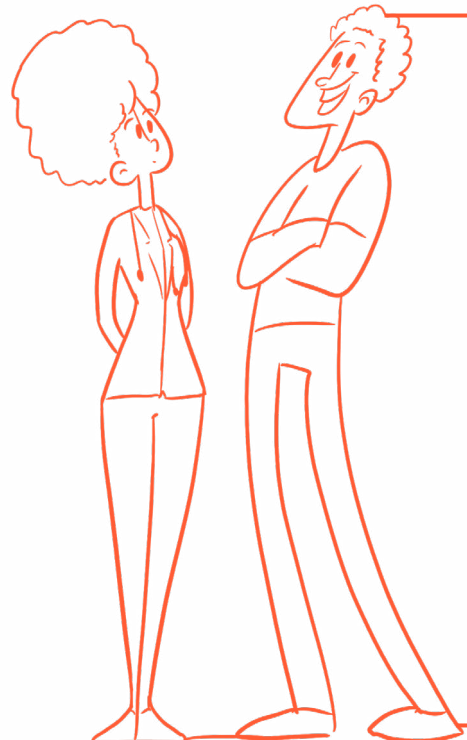
Neste capítulo, será abordado o conceito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no contexto do Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência. Serão discorridos os objetivos, os benefícios, as garantias, bem como o processo relacional intrasectorial e intersectorial necessários no contexto da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Aqui, será abordado todo o detalhamento do que compõe o PTS e o processo de construção/estrutura, desenvolvimento e implementação do Plano com o detalhamento de cada etapa, desde a elaboração ao acompanhamento, assim como as dimensões importantes a serem incluídas em todo o processo.

Este capítulo visa: conceituar o PTS e contextualizá-lo dentro do Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência; abordar as relações intra e intersectorial com detalhamento das ações de colaboração interna e externa ao serviço; descrever as etapas da construção do PTS na RCPD; e detalhar os processos envolvidos na construção do PTS.

1.1 Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência e Projeto Terapêutico Singular

O Plano Viver Sem Limite foi publicado em 2011, mediante a articulação entre 18 Ministérios e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, com o objetivo de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos da Rede SUS, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce.

No eixo da saúde, a Portaria GM/MS n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023, altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.ºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a RCPD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Novo Viver Sem Limite chegou em 2023 para impulsionar uma política nacional dedicada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual, entre as regras de funcionamento, define o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência, tendo como um dos eixos a construção do Projeto Terapêutico Singular.



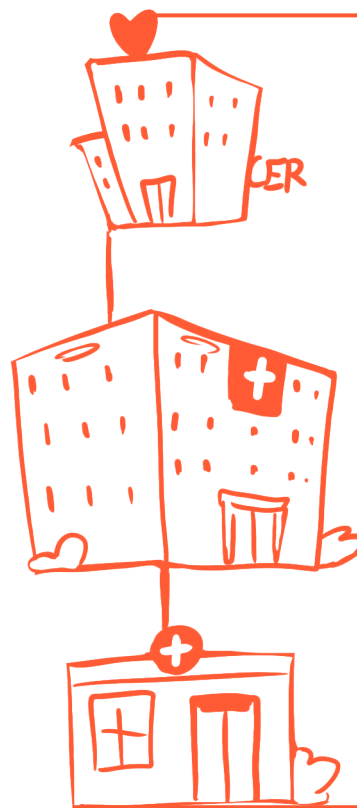
O Novo Viver Sem Limite também implementou ações como a publicação de diretrizes terapêuticas, a criação e a implantação de oficinas ortopédicas e de Centros Especializados em Reabilitação (CER). Ganha destaque o Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência, o qual está em tramitação para padronizar e unificar os processos de avaliação da deficiência no País, por meio de instrumento correlato da avaliação biopsicossocial referido no art. 2º da Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015.

O Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência garantirá uma avaliação estruturada de maneira sistêmica, transversal e interseccional. Dessa forma, ao atrelar os CERs à Rede de Atenção à Saúde (RAS), a reabilitação pode assumir o cuidado, desde que articulado com os demais dispositivos do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

1.2 Aos Centros Especializados em Reabilitação – CERs

Ao fazer parte da Rede de Atenção à Saúde, a equipe e a gestão dos CERs precisam entender que:

- ◆ Os serviços estão organizados em níveis crescentes de complexidade e circunscritos no território, compreendendo a Atenção Primária à Saúde (APS) sempre como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado.
- ◆ Os serviços prestados são pensados a partir de critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população atendida, necessitando do conhecimento da rede assistencial. Para permitir a integralidade do cuidado, os serviços de saúde precisam aderir ao modelo biopsicossocial em saúde, ao paradigma do modelo centrado no indivíduo e na família e no trabalho interprofissional.
- ◆ O cuidado tem de ser pautado no modelo biopsicossocial em saúde, centrado no indivíduo e na família e na interprofissionalidade, permitindo a integralidade do cuidado.



1.3 Atenção para a integração das dimensões

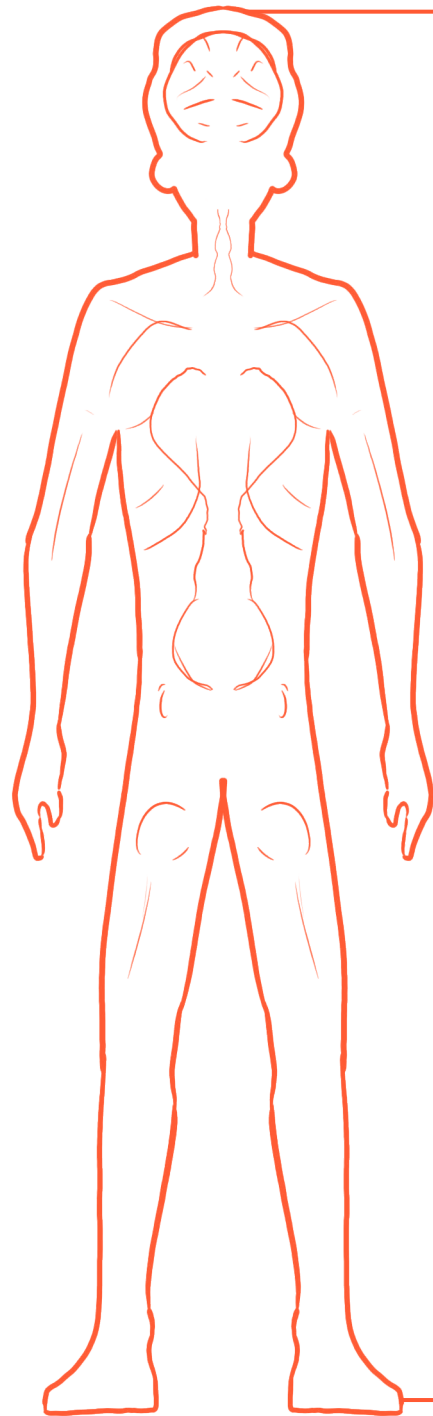
O modelo biopsicossocial integra aspectos biológicos, psicológicos e sociais, permitindo uma compreensão holística da saúde, essencial para o tratamento de deficiências e a promoção do bem-estar do paciente.

A centralidade do paciente no PTS garante que suas necessidades e preferências sejam consideradas, promovendo um cuidado mais personalizado e eficaz, essencial para a reabilitação.

A atuação de uma equipe multiprofissional é fundamental para abordar todas as dimensões da saúde, assegurando um atendimento integral que considera as interações entre biologia, psicologia e contexto social.

A avaliação no modelo biopsicossocial considera:

- ◆ Os fatores socioambientais.
- ◆ Os fatores psicológicos e pessoais.
- ◆ A limitação no desempenho de atividades.
- ◆ A restrição de participação.



Dada a complexidade, características e cronicidade dos casos, também se faz necessária a implementação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A centralidade do usuário no PTS precisa considerar ações como:

- ◆ Clínica ampliada.
- ◆ Matriciamento.
- ◆ Transição do cuidado na Rede SUS.
- ◆ Interprofissionalidade.

Dentro da estrutura organizativa na reabilitação, também são estabelecidas equipes e estruturas adequadas para cada tipo de deficiência e um trabalho atento a uma jornada do usuário que percorra etapas como triagem, avaliação global, até chegar à reabilitação. Nessa jornada do paciente em reabilitação, é importante existir: **o atendimento personalizado, o trabalho interprofissional e colaborativo, o envolvimento da família e o Projeto Terapêutico Singular.**

O PTS é essencial para garantir que as intervenções em saúde sejam adaptadas às necessidades específicas de cada usuário, promovendo um tratamento que respeite suas particularidades e favoreça um processo de reabilitação mais eficaz e humanizado.

1.4 Princípios fundamentais do Projeto Terapêutico Singular – PTS

O PTS assegura que a reabilitação seja baseada em evidências e adaptada às necessidades do paciente, resultando em um cuidado mais eficaz e centrado no indivíduo.

Para tanto, faz-se importante um trabalho conjunto entre as equipes de referência, o usuário, seus familiares e acompanhantes, de forma matricial na Rede, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida.

A participação ativa da família no processo terapêutico é crucial, pois assegura que as intervenções sejam relevantes e respeitem os valores e desejos do usuário, promovendo um cuidado mais efetivo.

A personalização do PTS envolve ações da equipe interprofissional que devem buscar aprimorar as articulações intersetoriais e os aspectos relacionados ao desenvolvimento social, cultural, educacional e de saúde do usuário.

1.5 Articulação intersetorial e inter-relacional na elaboração do PTS

A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular deve considerar o trabalho interprofissional como um processo contínuo no qual o PTS é constantemente avaliado e adaptado às necessidades, interesses e desejos do usuário e sua família. A articulação intersetorial e inter-relacional deve contemplar:

1.6 Integração de saberes



1.6.1 Colaboração entre profissionais

A integração multiprofissional e interdisciplinar permite a colaboração entre os profissionais envolvidos, resultando em um plano de cuidados que pode considerar articulações intersetoriais e aspectos relacionados ao desenvolvimento social, cultural, educacional e de saúde do usuário.

1.7 Comunicação eficiente

A troca de informações entre diferentes especialidades é facilitada, permitindo que todos os profissionais envolvidos tenham uma percepção clara do progresso do paciente e ajustem as estratégias conforme necessário.

1.7.1 Apoio ao usuário

A abordagem integrada não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também oferece suporte emocional e social ao usuário, contribuindo para uma reabilitação mais completa e satisfatória.

De maneira geral, o PTS apresenta-se como um plano estratégico com propostas de ações e condutas para o usuário/família. É resultado da discussão coletiva entre a equipe multiprofissional e esse usuário/família.

O PTS pode ser implementado para todos os casos clínicos em reabilitação, dada a organização das informações e a necessidade do olhar ampliado frente à população assistida.



Etapas para construção do PTS

- ◆ Diagnóstico
- ◆ Definição de metas
- ◆ Divisão das responsabilidades
- ◆ Reavaliação

O PTS inicia-se com a etapa de diagnóstico, na qual há a avaliação biopsicossocial para compreensão do caso clínico, da sua realidade e de suas necessidades. No contexto do CER, pode ser entendido como a etapa que envolve o momento da avaliação global e das avaliações especializadas de cada profissional da equipe.

Ferramentas que podem ajudar na etapa de diagnóstico

- ✓ Mapear a rotina do usuário/família
- ✓ Ecomapa
- ✓ Genograma

Após a etapa de diagnóstico, é necessário entrar na etapa de definição de metas. Nessa etapa, é realizada a síntese das necessidades e dos objetivos centrados no usuário/família: elencam-se as prioridades e definem-se, em conjunto, as metas terapêuticas a serem alcançadas em curto, médio e longo prazo. Durante a etapa de definição de metas, é importante que a equipe e o usuário/família definam um profissional de referência para ser o norteador e articulador do cuidado entre a equipe e o usuário/família.

A etapa de definição das metas inicia-se com a divisão de responsabilidades no PTS. Nessa etapa, conhecer a rede de apoio (formal e informal) será essencial para definir quais possíveis serviços e dispositivos serão acionados na Rede SUS e SUAS.

Desde a admissão no CER até o momento de transição do cuidado para a Rede, o usuário/família precisa compreender sua corresponsabilidade no cuidado à saúde. Para tanto, será importante a ciência de todo o percurso terapêutico e, também, a compreensão sobre quais e como as metas podem ser alcançadas com a coparticipação deles.

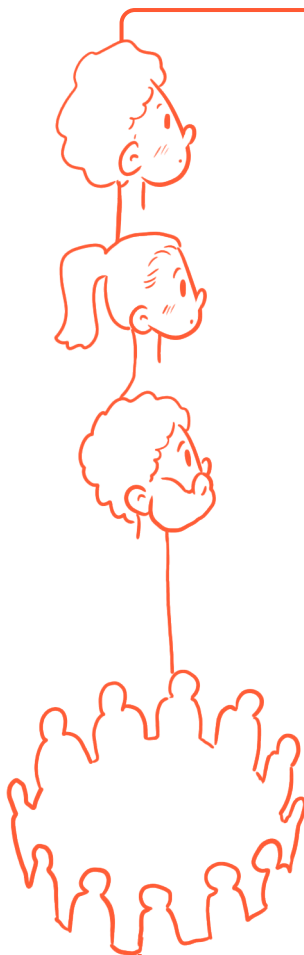
Traçados o PTS e a divisão de responsabilidades, será importante o agendamento de momentos para analisar se os acordos estão sendo cumpridos e se precisam de realinhamentos. Nesses momentos, a figura do profissional de referência será importante para facilitar a comunicação entre os envolvidos.

Por fim, a reavaliação do usuário também se constitui como etapa do PTS. Na reavaliação do paciente, será preciso entender se as metas terapêuticas pactuadas foram alcançadas. Caso as metas tenham sido alcançadas, é possível definir novos objetivos ou iniciar a transição do cuidado para outros serviços da Rede SUS. Se as metas ainda não tiverem sido atingidas, é importante reavaliar as necessidades atuais e identificar os motivos que dificultaram o cumprimento delas, a fim de elaborar novas estratégias terapêuticas.

A escuta qualificada é uma prática de acolhimento transversal à aplicabilidade das demais ferramentas sugeridas. Para tanto, recomenda-se:

1.8 Valorização das dimensões sociais na construção do PTS

A consideração das dimensões sociais na saúde é crucial para a elaboração de intervenções que não só tratem da condição de saúde do paciente, mas também promovam a equidade em saúde. A construção do PTS precisa reconhecer a saúde associada às dimensões social, cultural e educacional do paciente.



- ◆ As dimensões sociais podem se fazer presentes no PTS quando se considera a:
 - ◇ integração e o acesso aos serviços essenciais da Rede SUS;
 - ◇ integração de políticas públicas;
 - ◇ atenção às crenças populares e práticas culturais;
 - ◇ inclusão de familiares e amigos;
 - ◇ atenção ao risco social do usuário, sob o qual ele não consegue exercer plenamente seus direitos e deveres como cidadão com deficiência em reabilitação.
- ◆ Para facilitar a operacionalização do PTS, a equipe de saúde precisa:
 - ◇ conhecer o território e sua população adscrita;
 - ◇ aprender como acessar os dispositivos que compõem as Redes SUS e SUAS;
 - ◇ construir documentos e prontuários para implementação do modelo biopsicossocial;
 - ◇ praticar o trabalho interprofissional em saúde;
 - ◇ enfatizar o aumento da participação social do paciente em reabilitação.

Referências

BABATUNDE, F.; MACDERMID, J.; MACINTYRE, N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, art. 375, 30 maio 2017. DOI: 10.1186/s12913-017-2311-3.

DOORNEBOSCH, A. J.; SMALING, H. J. A.; ACHTERBERG, W. P. Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: a systematic review. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 23, n. 5, p. 764-777.e2, maio 2022. DOI: 10.1016/j.jamda.2021.12.028.

GRANDE, M. M. *et al.* Management of interprofessional work in the singular therapeutic project: proposal for a work process model. **Medicina**, v. 56, n. 2, 2023.

HUTTING, N. *et al.* Patient-centered care in musculoskeletal practice: key elements to support clinicians to focus on the person. **Musculoskeletal Science and Practice**, London, v. 57, 1 fev. 2022.

JAENSCH, D.; BAKER, N.; GORDON, S. Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 31, n. 10, p. G165–G173, 2019. DOI: 10.1093/intqhc/mzz118.

KARAM, M. *et al.* Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 79, p. 70–83, 2018. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.

MANUAL, M. **Como usar a CIF**: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: Organização Mundial da Saúde, [s.d.].

CARVALHO, L. G. P. de. *et al.* construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações = The construction of a Singular Therapeutic Project with the user and the family: potentialities and limitations. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521–525, jul./set. 2012

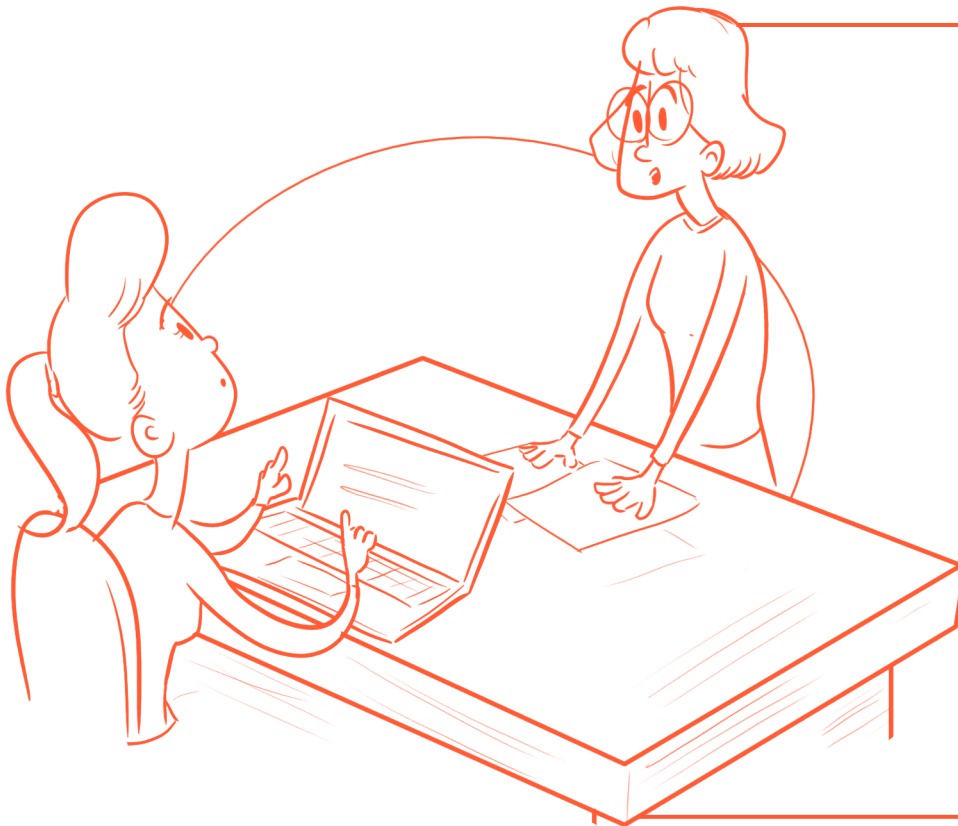
O'KEEFFE, M. *et al.* What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis background. **Physical therapy**, v. 96, n. 5, p. 609-622, 2016. DOI: 10.2522/ptj.20150240.

PEREIRA, A. P. S. *et al.* O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, jun. 2009, v. 62, n. 3, p. 407-416. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000300012&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 21 ago. 2025.

RUARO, J. A. *et al.* Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, 2012, v. 16, n. 6, p. 454-462.

SILVA, N. F. *et al.* Facilitadores e barreiras na organização do trabalho de fisioterapeutas em um centro especializado em reabilitação. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2024, v. 37.

VERMUNT, N. P. *et al.* A three-goal model for patients with multimorbidity: a qualitative approach. **Health Expectations**, Oxford, 1 abr. 2018, v. 21, n. 2, p. 528-538.



2 COMO PODEMOS IMPLEMENTAR O PTS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

O PTS é uma ferramenta muito importante para otimizar os processos em saúde e para tornar os desfechos em reabilitação mais eficazes e assertivos. Entretanto, os atuais modelos de prestação de serviços em habilitação e reabilitação, em sua maioria, apresentam formatos engessados em modelos pouco eficazes para resolução de problemas e para o alcance de metas atingíveis, relevantes, focadas na participação social.

Os atuais modelos de prestação de serviços na reabilitação apresentam três grandes problemas que precisam ser revistos e modificados para conseguirmos oferecer serviços mais eficazes e sustentáveis para pessoas com deficiência, utilizando o PTS como ferramenta facilitadora para isso. A seguir, elencamos três dos principais problemas:

- 1. Modelo biomédico, baseado na “cura” da deficiência:** os serviços atuais ainda estão muito enraizados no modelo biomédico em que persiste o foco em “consertar” o que está alterado, ressaltando as deficiências e limitações do indivíduo, da mesma forma que os pacientes e as famílias ainda procuram o serviço de reabilitação buscando isso, mesmo que muitas vezes, nas condições de saúde crônicas, esse modelo não se aplique. Recuperar funções comprometidas nem sempre é viável e esse foco perpetua o paciente em metas inatingíveis e não considera as potencialidades do indivíduo.
- 2. Metas de reabilitação centradas nos profissionais de saúde:** nesse modelo de prestação de serviços, não se leva em consideração o que é importante para os pacientes e suas famílias, além de não os inserir nas tomadas de decisão e no planejamento terapêutico, o que dificulta a compreensão do seu papel no processo de cuidado da sua saúde.
- 3. Dependência do usuário e dos familiares em relação ao serviço de saúde:** o modelo biomédico, em que as metas são definidas pelos profissionais, leva a um sentimento de incapacidade de cuidado da própria saúde com a ideia que considera o profissional o detentor do saber, o que dificulta a possibilidade de uma alta do serviço. Além disso, para a transição do cuidado (alta qualificada), faz-se necessário pensar na continuidade do cuidado.

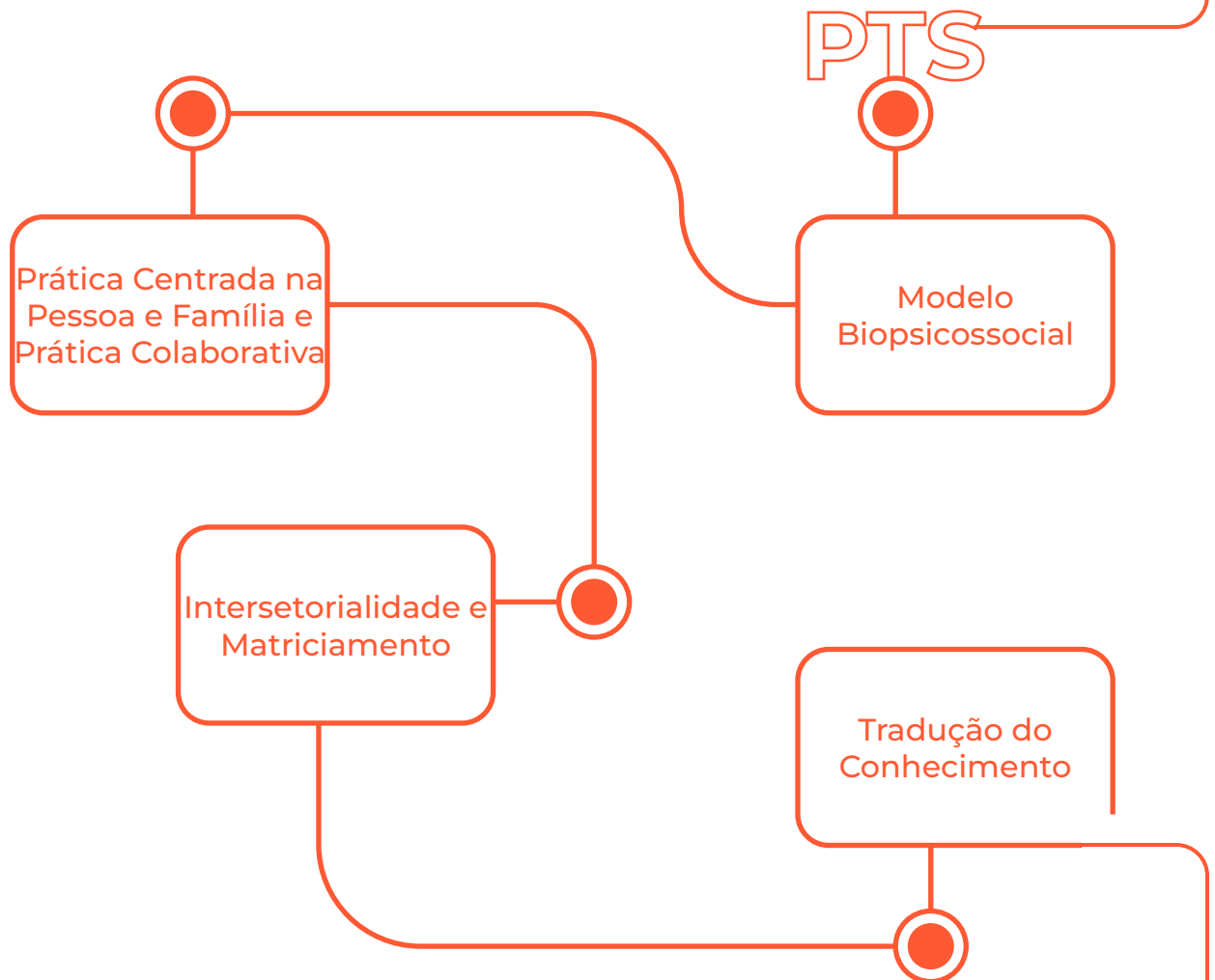
2.1 Possíveis soluções: necessidade de mudanças na forma de prestação de serviço em Centros Especializados em Reabilitação

- ◆ Foco na participação (Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – CIF): **modelo biopsicossocial**.
- ◆ Metas estabelecidas pela pessoa/família: **Prática Centrada na Pessoa e Família**.
- ◆ Autogerenciamento e participação ativa: **Prática Colaborativa**.
- ◆ Transição do cuidado – alta qualificada: **intersectorialidade e matriciamento**.

2.2 Pilares para um PTS efetivo

Para implementar isso no atual formato de prestação de serviços nos CERs, faz-se necessário um direcionamento e um caminho a seguir, de forma a identificar o que devemos fazer para uma implementação eficaz = TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO.

Para pensarmos na implementação do PTS, é necessário conhecer um pouco mais sobre esses pilares e o caminho para sua implementação.



Vamos compreender como o modelo biopsicossocial é importante para uma melhor forma de prestação de serviços em reabilitação e como ele contribui para a construção e a implementação do PTS de forma mais efetiva e ampliada.

2.3 Contexto do modelo biopsicossocial nos CERs

Os CERs são atualmente referência no País como prestador de serviços especializados em reabilitação para a pessoa com deficiência. Entretanto, esses serviços têm enfrentado um grande desafio para a inserção do modelo biopsicossocial em sua rede de atenção, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

É preciso que os profissionais desses CERs possam universalizar uma linguagem, no contexto da saúde coletiva, que dialogue em larga escala com o principal propósito da reabilitação realizada nesses locais, ou seja, a participação social e a funcionalidade desejada por essa população-alvo..

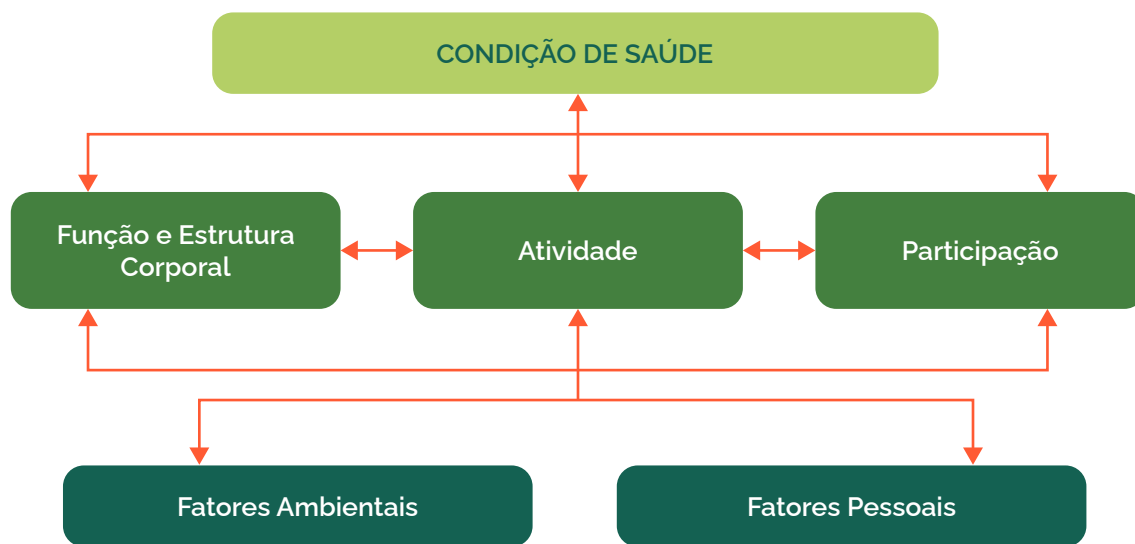
Vamos conhecer um pouco sobre o **modelo biopsicossocial**? Trazemos a **Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF)** como modelo que considera todos os domínios que interferem na funcionalidade e incapacidade das pessoas e que devem nortear a prestação de serviços em reabilitação e a elaboração do PTS.



2.3.1 Como operacionalizar o modelo biopsicossocial dentro do contexto da reabilitação?

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) surge em 2001, como um instrumento de classificação proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é proporcionar uma linguagem padronizada e unificada entre profissionais, pesquisadores, autoridades de saúde e usuários, facilitando a comunicação e o desenvolvimento de políticas públicas e sociais relacionadas a diversos aspectos da saúde.

2.3.2 Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – CIF



A CIF estimula a ampliação do olhar sobre a deficiência e incentiva o desenvolvimento de objetivos funcionais, como a realização de atividades, a participação em tarefas do dia a dia e o envolvimento em situações da vida durante o planejamento das intervenções.

Lançamos aqui o desafio de ampliarmos os olhares sobre a operacionalização da CIF para além do entendimento de seus princípios e domínios de classificação.

- ◆ **Perspectiva histórica dos modelos de prestação de serviços em saúde do Brasil:**
 - ◇ **modelo biomédico:** modelo hospitalocêntrico com enfoque no processo da saúde-doença e que exclui os fatores contextuais da compreensão da deficiência. Entende a deficiência como resultado de um corpo com lesão, restringindo-se aos aspectos biológicos e prevendo ações normalizadoras e corretivas = ENFOQUE NA INCAPACIDADE;
 - ◇ **modelo biopsicossocial:** permite que a condição de saúde seja vista como um resultado da interação de mecanismos biológicos, interpessoais e ambientais, tidos como barreiras à plena participação social. Nesse sentido, ter um modelo de fato centrado no indivíduo passa por considerar, em primeira instância, as barreiras e eliminá-las e, em seguida, dialogar com as pessoas com deficiência sobre qual funcionalidade ela deseja e qual potencialidade quer trabalhar.

- ◆ **Como o modelo biopsicossocial amplia o olhar sobre a deficiência?**
 - ◇ **incapacidade:** termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação; denota os aspectos **negativos** da interação entre um indivíduo e os fatores contextuais;
 - ◇ **funcionalidade:** termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação; denota os aspectos **positivos** da interação entre um indivíduo e os fatores contextuais.

A DEFICIÊNCIA ENTÃO PODE SER CONSIDERADA O RESULTADO DA INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CIF, E É INFLUENCIADA DIRETAMENTE PELO AMBIENTE EM QUE A PESSOA ESTÁ INSERIDA, O QUAL PODE SER FACILITADOR OU BARREIRA PARA SUA **FUNCIONALIDADE**.

O **modelo biopsicossocial** enfatiza as influências mútuas entre os contextos biológicos, psicológicos e sociais da saúde e a importância de considerar as interações entre todos os domínios da CIF na funcionalidade e incapacidade do indivíduo.

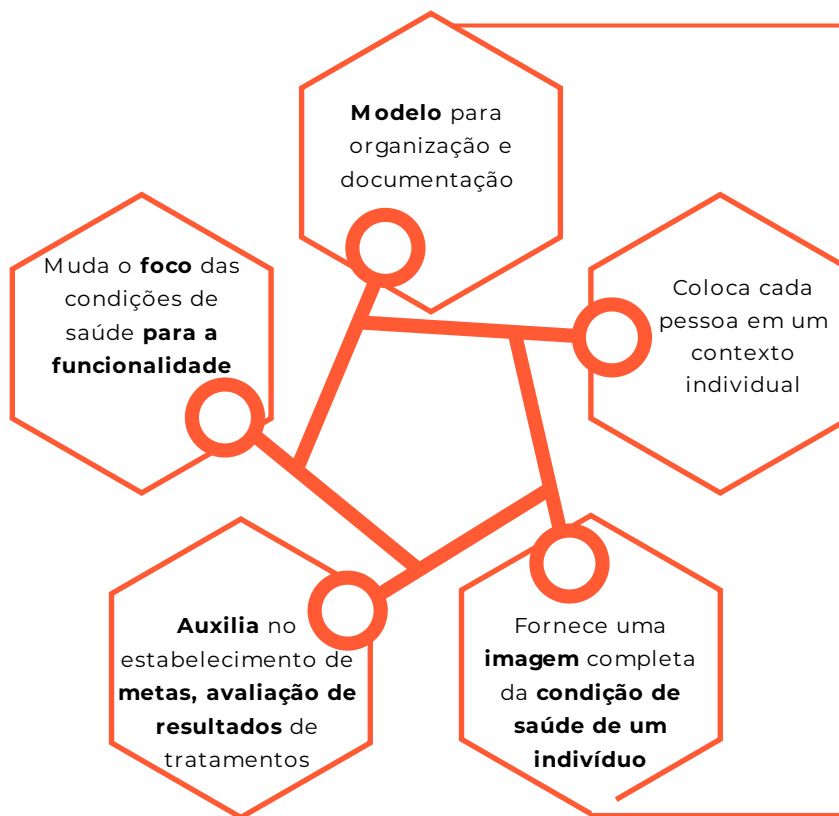
O **contexto social** é um fator muito importante a ser abordado, uma vez que as relações interpessoais e o meio ambiente são elementos importantes para o entendimento da individualidade.

Dessa forma, é necessário conhecer quais são as demandas de limitação de atividade e restrição da participação na perspectiva do usuário, para que as barreiras possam ser expostas e, em seguida, discutir com ele sobre o que pensa dos aspectos

funcionais e anatômicos do próprio corpo. Assim, produz-se entre ambos um diálogo a respeito da diferença entre os corpos, entendendo que a autonomia sobre qualquer mudança passa por esses acordos bilaterais.

Deve-se **reconhecer o papel dos fatores ambientais na funcionalidade/incapacidade**, além do papel dos demais componentes e da condição de saúde.

Importância da CIF nos CERs



Relação entre CIF e PTS

A implementação da CIF nos centros de reabilitação tem se tornado um facilitador para os serviços de assistência que contemplam equipes interdisciplinares por considerar todo o contexto biopsicossocial no planejamento da intervenção e nas tomadas de decisão: pessoa/família/equipe.

Contribui com propósitos e vantagens que **facilitam o planejamento e o estabelecimento de objetivos e intervenções específicas e direcionadas**.

Desta forma, **possibilita uma visão geral dos recursos e das necessidades para a melhoria e a efetividade do cuidado perante as condições de saúde**.

Quando se considera o **modelo biopsicossocial (CIF)** em todas as quatro etapas da construção do **PTS**, a execução e a efetividade deste se tornam facilitadas e otimizadas. **Nas quatro etapas**, devemos considerar todos os domínios da CIF e suas relações para fazer um bom **diagnóstico**; **definir metas** (específicas/mensuráveis/atingíveis/relevantes/com tempo definido); **dividir responsabilidades** no tratamento; e **reavaliar** o alcance das metas, preferencialmente no **domínio de participação**.

Veja, a seguir, a descrição dos quatro passos necessários para elaborar um PTS e o modelo biopsicossocial (CIF):

1. **Diagnóstico e análise:** avaliação dos componentes da CIF, incluindo **estrutura e função/atividade/participação/fatores ambientais e pessoais** do indivíduo, de forma a considerar todos os domínios e **suas relações na funcionalidade e incapacidade**.
2. **Definição de metas:** devem ser **focadas em estratégias que gerem impacto positivo na participação**. Exemplo: **conseguir tomar um copo-d'água sem derramar, conseguir andar da sala de aula ao pátio da escola sem ajuda etc.** Essas metas devem ser: específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais (SMART).
3. **Divisão de responsabilidades:** de acordo com a **definição das metas**, na etapa anterior, deve-se **traçar o plano terapêutico compartilhando as responsabilidades** para o alcance das metas, **considerando as barreiras e os facilitadores que foram mapeados na etapa diagnóstica**.
4. **Reavaliação:** uma vez definidas as metas, deve-se **considerar uma medida objetiva de participação para reavaliar após o prazo definido** para o alcance das metas e identificar se a meta foi alcançada.

Além de ter voz nas etapas de execução dos processos avaliativos do modelo biopsicossocial, é importante que a pessoa e, em alguns casos, a família estejam no centro do cuidado.

Vamos compreender como a **Prática Centrada na Pessoa e Família** e a **Prática Colaborativa** são importantes para uma melhor forma de prestação de serviços em reabilitação e como contribuem para a construção e a implementação do **PTS** de forma mais efetiva e ampliada.

Prática centrada na pessoa e família – PCF

A PCF é uma abordagem ou um modelo que visa fornecer serviços às pessoas com deficiência e suas famílias. A pessoa e a família são consideradas o coração desse modelo de prestação de serviço.

Para que a PCF seja benéfica para as pessoas com deficiência e suas famílias, é importante que todos os atores envolvidos compreendam o seu real significado.

◆ **Mitos:**

- ◇ existem muitos mitos que impedem a implementação PCF nos serviços de saúde;
- ◇ a PCF não é um modismo, é uma prática respeitada e comprovada por meio de estudos científicos;
- ◇ a PCF aumenta a qualidade dos serviços e o bem-estar e a satisfação das famílias.

A CanChild é uma das maiores disseminadoras da PCF no mundo. No site da CanChild Portuguese Hub, podem-se encontrar inúmeros materiais traduzidos em português sobre essa abordagem.



A PCF apresenta premissas (pilares-chave dessa abordagem), princípios (o que as famílias devem esperar dessa abordagem) e elementos (comportamentos esperados dos prestadores de serviços e direitos e deveres das famílias). A seguir, serão apresentados esses pilares com mais detalhes.

◆ **Premissas da PCF**

- ◇ Os pais conhecem bem seus filhos e desejam o melhor para eles.
- ◇ As pessoas e as famílias são diferentes e únicas.
- ◇ A funcionalidade ideal da pessoa com deficiência ocorre em um ambiente familiar, escolar ou laboral e comunitário. Ela é diretamente influenciada pelo comportamento e por atitudes dos membros da família (irmãos, avós, cônjuges, tios, pais e cuidadores).

◆ **Princípios norteadores**

- ◇ **Declaração 1:** cada pessoa e família devem ter a oportunidade de decidir o nível de envolvimento que desejam exercer na tomada de decisões sobre o tratamento. Devem ter a responsabilidade final pelo seu próprio cuidado ou pelo cuidado de seus filhos.
- ◇ **Declaração 2:** cada pessoa e membro da família devem ser tratados com respeito.
- ◇ **Declaração 3:** as necessidades dos membros da família como um todo devem ser consideradas. O envolvimento de todos os membros da família deve ser apoiado e encorajado.

2.4 Elementos-chave (direitos e deveres) da PCF

◆ Expectativas e direitos das pessoas e famílias:

- ◇ tomar a decisão final;
- ◇ receber informações que lhes permitirão tomar decisões mais assertivas;
- ◇ estabelecer prioridades de intervenção;
- ◇ definir o nível e o suporte de envolvimento de que necessitam;
- ◇ ter acesso a informações sobre a própria condição de saúde ou a dos filhos;
- ◇ ter suas opiniões solicitadas e ouvidas;
- ◇ sentirem-se acolhidas e apoiadas no nível de participação que escolherem;
- ◇ manter sua dignidade e integridade durante todo o processo de prestação de cuidados.

◆ Comportamentos do prestador de serviço:

- ◇ incentive a tomada de decisão das pessoas e famílias em parceria com outros membros da equipe (utilize estratégias de empoderamento para eles);
- ◇ ajude-os a identificar seus pontos fortes e construir seus próprios recursos;
- ◇ ofereça serviços acessíveis que não os sobrecarreguem com papelada e burocracia;
- ◇ tenha conhecimento e aceite a diversidade entre as pessoas e famílias (racial, étnica, cultural e socioeconômica);
- ◇ acredite e confie nelas;
- ◇ comunique-se por meio de uma linguagem que seja compreensível para elas.

Por onde começar?

A seguir, apresentamos as quatro etapas de um programa centrado na pessoa e família e perguntas norteadoras. **PRÁTICA COLABORATIVA**, adaptado de Ann e Palisano (2014).

ETAPA 1 – ESTABELECIMENTO DE METAS

Explore interesses e necessidades da pessoa e da família:

- ◆ O que você (criança/adulto/família) gosta de fazer?
- ◆ Quais são as atividades que você (criança/adulto/família) gostaria de fazer?
- ◆ Você (criança/adulto/família) já tentou realizar esta atividade? (Em resposta a uma atividade desejada.)
- ◆ Há alguma parte da tarefa que é mais difícil?

ETAPA 2 – PLANEJAMENTO COMPARTILHADO DA INTERVENÇÃO

Identifique possíveis oportunidades para implementar a meta dentro da rotina da pessoa/família:

- ◆ O que você acha que precisa ocorrer para que você (criança/adulto/família) atinja a meta?
- ◆ Você (criança/adulto/família) pode me dizer sobre um dia típico da sua rotina?
- ◆ Quem será responsável por realizar esta atividade às (hora da atividade)?
- ◆ Há alguma coisa que você/sua família precisem para auxiliar nesta atividade?
- ◆ Como eu posso ajudar você e sua família?

ETAPA 3 – IMPLEMENTAÇÃO COMPARTILHADA

Reflexões da pessoa/família sobre a intervenção:

- ◆ Como as coisas estão indo desde a última intervenção?
- ◆ O que você (criança/adulto/família) mais gostou?
- ◆ O que foi mais difícil?
- ◆ Houve alguma mudança no desempenho?
- ◆ Você tem alguma preocupação ou dúvida sobre se você (criança/adulto/família) vem desempenhando (atividade/tarefa) como planejado?
- ◆ Como você acha que devemos mudar o plano?

ETAPA 4 – REAVALIAÇÃO COMPARTILHADA

Guiando para um nova meta, se necessário:

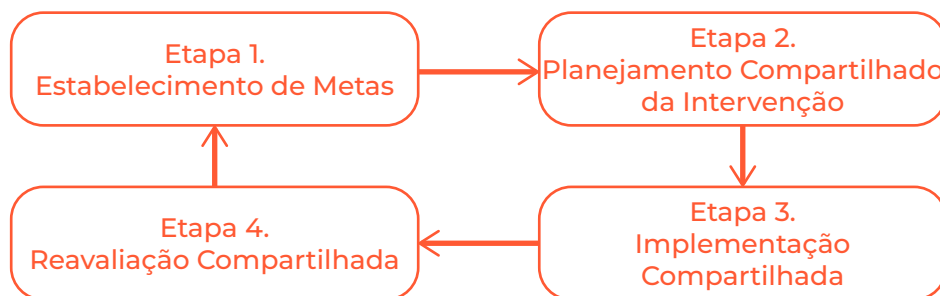
- ◆ Você pode descrever o seu desempenho atual (considerando a meta elencada na Etapa 1)?
- ◆ Nós podemos trabalhar nesta atividade para melhorar o desempenho nesta atividade ou elencar uma nova meta. O que você prefere?

2.5 Prática centrada na pessoa e família = prática colaborativa

O modelo de prática colaborativa proposto por Ann e Palisano (2014) sugere estratégias que permitam a implementação da Prática Centrada na Pessoa e Família e incorporem os elementos do PTS que são imperativos para sua implementação e efetividade, evidenciando a aproximação do PTS com esse modelo de prestação de serviço em saúde.

Passos da Prática Colaborativa semelhante às quatro etapas do PTS

Necessidades, preferências, rotina da pessoa/família



AS ESTRATÉGIAS DESCRITAS POR ANN E PALISANO (2014) NORTEIAM **PONTOS IMPORTANTES** A SEREM CONSIDERADOS **NA IMPLEMENTAÇÃO DO PTS NOS CER.** PARA CADA ETAPA, IDENTIFICAMOS A IMPORTÂNCIA DE ALGUNS **INSTRUMENTOS.**

Necessidades, preferências, rotina da pessoa/família (PRÁTICA COMPARTILHADA)

Assemelha-se ao PTS **na etapa diagnóstica** do contexto biopsicossocial, por meio de avaliações da equipe multiprofissional, envolvendo cada especialidade e a caracterização social, para mapeamento do contexto do indivíduo.

INSTRUMENTOS: ecomapa, genograma, caracterização social, anamnese multiprofissional, avaliações específicas das especialidades (envolvidas no alcance das metas), mapeamento da rotina, avaliação do nível de conhecimento da condição de saúde e acesso aos equipamentos de saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

— ETAPA 1 (PRÁTICA COMPARTILHADA)

Assemelha-se ao PTS na **definição de metas:** centradas nas necessidades da pessoa e da família, devendo ser voltadas ao desfecho de participação social.

INSTRUMENTOS: *Canadian Occupational Performance Measure (COPM – Medida Canadense de Desempenho Humano)*, que orienta os questionamentos para o estabelecimento das metas funcionais, além de trazer uma autoavaliação sobre seu atual desempenho e satisfação em relação à meta. Também pode ser utilizada a *Goal Attainment Scaling (GAS – Escala de Aproximação de Objetivos)*. Além disso, **devem-se definir metas SMART**, isto é: específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes, temporizáveis.

Nota: é muito importante que esta etapa seja realizada em parceria com a família, e não apenas apresentar o resultado do processo às famílias ou à pessoa com deficiência.

— ETAPA 2 (PRÁTICA COMPARTILHADA)

Assemelha-se ao PTS na **divisão de responsabilidades:** considerar o contexto, caracterizado na etapa diagnóstica, e as metas SMART estabelecidas com base nas necessidades e prioridades da pessoa e da família para planejar a intervenção compartilhada.

INSTRUMENTOS: Matriz de Mapeamento da Rotina para planejar intervenção com base na realidade da pessoa e da família, bem como barreiras e facilitadores para o alcance das metas.

— ETAPA 3 (PRÁTICA COMPARTILHADA)

Assemelha-se ao PTS na **divisão de responsabilidades:** considerar o planejamento compartilhado da intervenção para definição dos papéis e as responsabilidades envolvendo equipe, pessoa, família, redes de apoio e equipamentos da rede (intersectorialidade e matriciamento).

INSTRUMENTOS: ferramentas que facilitem a comunicação entre todas as partes envolvidas na intervenção compartilhada, de forma a facilitar a intersectorialidade e o matriciamento entre as equipes e os serviços.

ETAPA 4 (PRÁTICA COMPARTILHADA)

Assemelha-se ao PTS na **reavaliação**: pessoa/família e profissional determinam se a intervenção foi efetiva e se os objetivos foram alcançados. Importante estabelecer medidas objetivas para mensurar o alcance das metas pela percepção da pessoa/família.

INSTRUMENTOS: COPM e GAS são exemplos de escalas individualizadas para determinar a necessidade de alterar o plano de intervenção ou mudar as metas, ou a possibilidade de uma transição do cuidado (alta qualificada).

Saiba um pouco mais sobre os instrumentos que podem ser utilizados em cada etapa da prática compartilhada, proposta por Ann e Palisano (2014), e que se assemelham às etapas do PTS e nos norteiam para a implementação deste.

2.6 Detalhes sobre os possíveis instrumentos a serem utilizados em cada etapa

- ◆ Necessidades, preferências, rotina da pessoa/família
 - ◇ **Ecomapa:** ferramenta para mapear e registrar a participação do sujeito no seu cotidiano, formando um diagrama que permite uma percepção da ligação da pessoa à família e a estruturas sociais, representando sua rede de apoio e de suporte.
 - ◇ **Genograma:** representação gráfica com informações sobre a família do indivíduo, a qual permite a visualização dos padrões familiares e de seus relacionamentos.
 - ◇ **Caracterização social:** avaliação social para compreensão do contexto social do sujeito, bem como acesso aos direitos, acesso a equipamentos, rede de apoio etc.
 - ◇ **Anamnese multiprofissional:** avaliação global da equipe multiprofissional, coletando os dados da história pregressa e atual, considerando o contexto biopsicossocial.
 - ◇ **Avaliações específicas das especialidades (envolvidas no alcance das metas):** avaliação dos desfechos envolvidos nas metas trazidas pela pessoa/família, apresentando medidas e testes objetivos validados e padronizados

para as diversas condições de saúde, com o objetivo de verificar se as metas são realísticas e passíveis de serem atingidas. Por exemplo, *Gross Motor Function Measure* (GMFM) para crianças com paralisia cerebral, com suas curvas prognósticas.

ETAPA 1

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) e Goal Attainment Scalling (GAS): são ferramentas para medir o efeito de uma intervenção sob a perspectiva da pessoa/família. Permitem identificar, de forma objetiva, se os objetivos terapêuticos foram atingidos.

COPM: entrevista semiestruturada para identificar possíveis problemas no autocuidado, na produtividade e no lazer, voltados a questões de participação social. Uma vez identificados, a pessoa/família define suas prioridades e, para cada meta traçada, pontua o desempenho e a satisfação, variando de 1 a 10, sendo maior a satisfação e o desempenho quanto maior for a nota.

GAS: consiste na definição dos objetivos terapêuticos, na graduação da sua importância e dificuldade, além da definição e classificação dos resultados esperados numa escala de -2 a +2, em que o zero é a meta a ser atingida após a intervenção; -1 ou -2 seriam resultados abaixo ou muito abaixo do esperado; e +1 e +2 seriam resultados acima e muito acima do esperado, respectivamente.

SÃO FERRAMENTAS IMPORTANTES PARA A DEFINIÇÃO E A NEGOCIAÇÃO DAS METAS E PARA MEDIR O ALCANCE DESTAS PELA PERCEPÇÃO DA PESSOA/FAMÍLIA.

ETAPA 2

Mapeamento da rotina: mapear a rotina da pessoa para identificar o seu contexto diário e semanal, para considerar o planejamento da intervenção de acordo com a realidade da pessoa, de forma a ser realística e possível de ser implementada. Conhecer a rotina do paciente permite intervenções mais adaptáveis ao seu contexto e mais eficazes.

Pode-se questionar como é uma segunda-feira habitual da pessoa – considerando manhã, tarde e noite – e ver se em algum dia da semana essa rotina se altera. As informações podem ser registradas em formato de tabela para facilitar a visualização no momento da construção do planejamento terapêutico compartilhado. Devem-se considerar os sete dias da semana. Além dessas informações, é necessário questionar e registrar sobre:

- ◆ Onde dorme?
- ◆ Como se alimenta?
- ◆ Como realiza as atividades da vida diária (AVDs), como se vestir e tomar banho?
- ◆ O que gosta de fazer para se divertir?
- ◆ O que mais gosta de fazer durante o dia?
- ◆ Quem mora na mesma casa?

ETAPA 3

Considerando a rotina que foi mapeada na Etapa 2, considerando as metas SMART, considerando o contexto social, os equipamentos ao quais se tem acesso e a rede de apoio: **traçar o PTS de forma compartilhada.**

ETAPA 4

Na reavaliação, deve-se retomar a ferramenta utilizada na avaliação para medir o alcance das metas traçadas e a efetividade do PTS.

COPM: o aumento de dois ou mais pontos na satisfação ou no desempenho em relação às metas é considerado clinicamente significativo e indica bom desfecho da intervenção. Ajuda a definir os próximos passos na reavaliação e no PTS.

GAS: considerando que o zero foi definido como a meta, no momento da definição dos objetivos terapêuticos, na reavaliação a pessoa/família dará uma nova nota para sua meta após a intervenção. Para avaliar se o objetivo foi alcançado, utiliza-se o cálculo T-score e, se for uma média de 50, significa que os objetivos foram alcançados.

Para mais informações sobre os instrumentos sugeridos em cada etapa, listamos aqui alguns sites e referências que podem ser consultados:



Relação entre Prática Centrada na Pessoa e Família X Prática Colaborativa X PTS

A **Prática Colaborativa** configura-se em uma forma de prestação de serviços que incorpora as premissas, os princípios e os elementos da **Prática Centrada na Pessoa e Família e do PTS**. Assim como o modelo biopsicossocial, também contribui com propósitos e vantagens que **facilitam o planejamento e o estabelecimento de objetivos e intervenções específicas, direcionadas e compartilhadas**.

Dessa maneira, **possibilita o planejamento terapêutico de forma singular e individualizada, trazendo a pessoa e a família para o centro desse cuidado e como participantes ativos em todo o processo de cuidado em saúde, facilitando assim o AUTOGERENCIAMENTO da sua saúde e a possível transição do cuidado (alta qualificada) do serviço**.

Quando se consideram a **Prática Centrada na Pessoa e Família e a Prática Colaborativa** em todas as quatro etapas da construção do PTS, a execução e a efetividade dele se tornam facilitadas e otimizadas. Nas quatro etapas, devemos considerar as premissas, os princípios e os valores para fazer um **diagnóstico; definir metas** (específicas/mensuráveis/atingíveis/relevantes/com tempo definido); **dividir responsabilidades** no tratamento; e **reavaliar**.

Considerando os quatro passos necessários para elaborar um PTS e a Prática Centrada na Pessoa e Família (Prática Compartilhada)

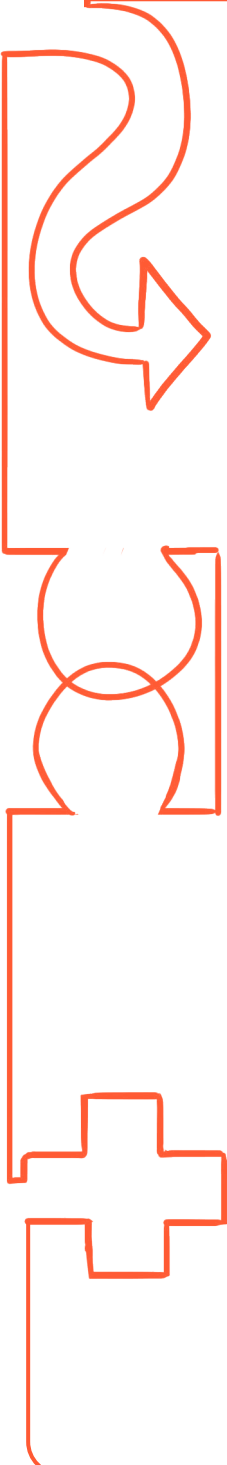
- 1. Diagnóstico e análise:** avaliar o **contexto biopsicossocial** considerando uma comunicação transversal em que a pessoa e a família são as principais conhecedoras de sua realidade e de suas necessidades, identificando possíveis barreiras e facilitadores, além de garantir que compreendam a condição de saúde e o que esperar do serviço.
- 2. Definição de metas:** devem ser **centradas na pessoa e na família**, além de serem específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais (SMART). **Para isso, precisa-se considerar a negociação das metas, levando em conta o contexto avaliado na etapa diagnóstica.**
- 3. Divisão de responsabilidades:** de acordo com a **definição das metas**, na etapa anterior, **deve-se traçar o plano terapêutico compartilhando as responsabilidades** para o alcance das metas, **considerando as barreiras e os facilitadores que foram mapeados na etapa diagnóstica.**
- 4. Reavaliação:** uma vez definidas as metas, **deve-se considerar uma medida objetiva de participação para reavaliar, após o prazo definido para o alcance das metas**, e identificar se a meta foi alcançada a partir da percepção da pessoa e da família (COPM ou GAS).

PARA IMPLEMENTAR O PTS NOS CER, FAZ-SE NECESSÁRIA A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO BIOPSISSOCIAL (CIF), BEM COMO A INCORPORAÇÃO DAS PREMISSAS E DOS PRINCÍPIOS DA **PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA E FAMÍLIA (PRÁTICA COMPARTILHADA)**, COMO BASE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ESSA **IMPLEMENTAÇÃO** ACONTECER DE FORMA EFETIVA! ALÉM DISSO, É IMPORTANTE PENSAR EM ESTRATÉGIAS PARA PERMITIR A TRANSIÇÃO DO CUIDADO (ALTA QUALIFICADA) POR MEIO DA **INTERSETORIALIDADE E DO MATRICIAMENTO**.

Vamos compreender como a **intersectorialidade e o matriciamento** são importantes para uma melhor forma de prestação de serviços em reabilitação e como contribuem para a construção e a implementação do **PTS** de forma mais efetiva e ampliada.

2.7 Intersetorialidade e matriciamento

Como realizar a transição do cuidado (alta qualificada) a partir da intersectorialidade e do matriciamento?



TRANSIÇÃO DO CUIDADO: a transição do cuidado (ou alta qualificada) é conceituada como a continuidade do cuidado a partir do momento em que o paciente recebe alta do serviço especializado. Para que essa continuidade do cuidado aconteça, é necessária a articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (Intersetorialidade), bem como o apoio matricial da equipe interdisciplinar para a equipe de referência no território do paciente/família, que deverá dar suporte e apoio à pessoa/família para a continuidade do cuidado, além de suporte no autogerenciamento em saúde (matriciamento). A partir da participação ativa da pessoa/família no seu cuidado, o senso de competência e de empoderamento facilita a gestão da própria saúde.

INTERSETORIALIDADE: compreende a articulação entre diversos setores da Rede de Atenção à Saúde, os quais atuam de forma compartilhada e transversal para promover saúde e alcançar respostas para o alcance de metas em saúde.

Quando pensamos na implementação do PTS, a intersectorialidade é importante e necessária na fase de corresponsabilização do planejamento terapêutico e para articular os diversos setores envolvidos no PTS, sendo eles a saúde, a assistência, a educação, o transporte, bem como os diferentes níveis de atenção (Primária e Terciária).

Para pensarmos na transição do cuidado, a intersectorialidade é importante tendo em vista o compartilhamento do cuidado entre os diversos níveis e setores de atenção.

MATRICIAMENTO: o matriciamento (ou apoio matricial) é uma forma de assistência e produção de saúde compartilhada entre duas ou mais equipes e visa dar suporte à intervenção por meio de uma ação terapêutica-pedagógica. Dessa forma, oferece apoio para a continuidade do cuidado no território em que o paciente está. A continuidade do cuidado pode ser efetivada pela equipe de referência na Atenção Primária à Saúde, a qual pode estar em contínua interlocução com a equipe interdisciplinar especializada (nos CERs). Essa equipe de referência também pode estar em outros setores da Rede de Atenção, como assistência ou educação.

Veja, a seguir, a descrição dos quatro passos necessários para elaborar um PTS e a intersetorialidade e o matriciamento:

- ◆ **Diagnóstico e análise:** identificar as Redes de Atenção e os equipamentos aos quais a pessoa/família tem acesso e vinculação, bem como as redes de apoio na comunidade que podem ser possíveis barreiras ou facilitadores para o alcance das metas.
- ◆ **Definição de metas:** para definir as metas SMART centradas na pessoa/família, devem-se considerar o acesso e as redes de apoio presentes ou possíveis para uma meta alcançável.
- ◆ **Divisão de responsabilidades:** de acordo com a **definição das metas**, na etapa anterior, **deve-se traçar o plano terapêutico, compartilhando as responsabilidades** para o alcance das metas com os diferentes setores ou equipamentos da rede, por meio da articulação e do matriciamento entre os serviços.
- ◆ **Reavaliação:** uma vez definidas as metas, deve-se **reavaliar, por meio de medidas objetivas, se a meta foi ou não alcançada. Se não foi alcançada, é preciso traçar nova responsabilização do plano terapêutico. Se foi alcançada:** transição do cuidado (alta qualificada) com continuidade do cuidado na Rede.

A **INTERSETORIALIDADE** E O **MATRICIAMENTO** TAMBÉM SÃO PILARES IMPORTANTES PARA A IMPLEMENTAÇÃO EFETIVA DO PTS NOS CER E DEVEM SER INCORPORADOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE, VISANDO AO COMPARTILHAMENTO E À CONTINUIDADE DO CUIDADO.

Quem se beneficia do uso do **PTS** baseado no **modelo biopsicossocial**, na **Prática Centrada na Pessoa e Família (Prática Compartilhada)**, na **intersetorialidade** e no **matriciamento nos CERs**?

Família e cuidadores: nesse formato de intervenção, as famílias (ressaltando aqui a pessoa com deficiência) são protagonistas na tomada de decisão sobre a reabilitação e tem a garantia de que suas necessidades e vozes serão levadas em consideração e terão atenção integral e humanizada.

Profissionais: tornam-se parceiros no processo de tomada de decisão com o indivíduo e a família, auxiliando com informação baseada em evidências, dão enfoque ao contexto no qual as pessoas estão inseridas, ampliam o olhar para aspectos de funcionalidade e compartilham o cuidado com os demais setores da Rede.

Gestão e políticas de saúde: direcionamento assertivo dos investimentos em saúde pública no País, atingindo os públicos de maior vulnerabilidade social mediante o olhar sobre as barreiras ambientais enfrentadas pela população com deficiência e o monitoramento da eficiência das ações em saúde.

Vamos compreender como a **tradução do conhecimento** pode ajudar na implementação do **PTS** nos CERs, considerando os pilares do **modelo biopsicossocial** e da **Prática Centrada na Pessoa e Família (Prática Colaborativa)** e da **intersectorialidade e do matriciamento**?

2.8 Tradução do conhecimento como metodologia para guiar a implementação do PTS

Como vimos até agora, existe uma grande necessidade de implementar o PTS e modificar o formato de prestação de serviços na Atenção Especializada, mas você já se perguntou qual seria o melhor método ou caminho para isso?

Talvez a resposta a essa pergunta ainda não seja completamente conhecida, mas podemos dar alguns direcionamentos para facilitar, orientar e otimizar esse processo.

Para que modelos de intervenção sejam implementados na prática clínica, de forma efetiva, é necessária a utilização de processos sistemáticos de implementação que facilitem o acesso à informação e reduzam a lacuna existente entre a evidência científica e a prática terapêutica.

Nesse contexto, a **tradução do conhecimento (TC)** surge como uma metodologia que busca melhores estratégias para colocar em prática e implementar a evidência científica.

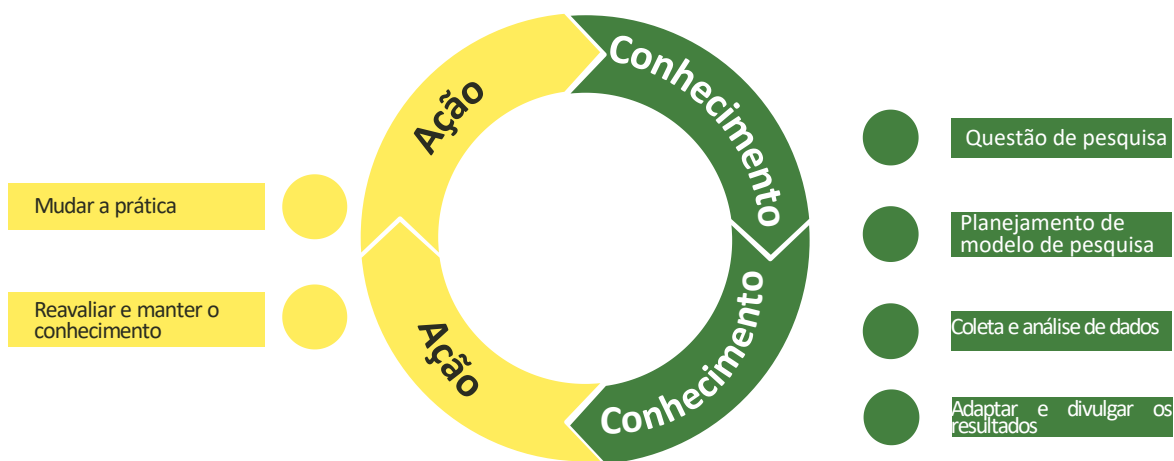
A **TC** leva em consideração os diversos atores envolvidos: **gestores, profissionais de saúde e famílias**, permitindo disseminação da informação, bem como modelos de implementação, em diferentes contextos, para **melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços**.

Um dos modelos mais usados para TC foi proposto por Graham e col. (2006), conhecido como processo *knowledge-to-action* (KTA) – em português, do conhecimento para a ação.

O modelo **KTA** é composto por dois ciclos principais: o **ciclo do conhecimento** e o **ciclo da ação**.

O **ciclo do conhecimento** representa as etapas de: **(1)** criação e síntese do conhecimento, quando, por meio da pesquisa de alta qualidade, são **geradas evidências sobre o tema**; e **(2)** elaboração de produtos e ferramentas, como por exemplo diretrizes ou protocolos para **disseminação e uso do conhecimento na prática clínica**.

O **ciclo da ação**, por sua vez, tem como foco a **implementação do conhecimento em um contexto prático**, na avaliação dos resultados e na sustentabilidade do conhecimento, conforme ilustrado na figura a seguir.



Por que usar o modelo KTA para implementação do PTS no CER?

Pesquisas tem demonstrado que barreiras individuais e/ou organizacionais interferem fortemente na adoção de práticas clínicas baseadas em evidências e que a adoção de estratégias baseadas na TC, usando uma abordagem interativa para avaliação das barreiras, adaptação da intervenção ao contexto local e monitoramento, facilita a aderência e contribui para o sucesso da implementação.

Como usar o modelo KTA para implementação do PTS no CER?

A implementação do PTS no CER, usando o modelo KTA, deve adotar uma abordagem sistemática, conforme será descrito a seguir.

Fases do KTA

Identificar o problema: determinar lacuna entre o conhecimento e a prática e selecionar a prática a ser implementada.

Como fazer:

- ◆ Reúna um grupo de pessoas do CER, com representantes da gestão, dos profissionais e das famílias.

- ◆ Analise as diretrizes do PTS e as características do seu CER (profissionais envolvidos/equipe, linhas de trabalho, perfil de pessoas atendidas, estrutura física, estrutura organizacional).
- ◆ Identifique quais são as diretrizes e ferramentas propostas pelo PTS.

Adaptar o conhecimento ao contexto local.

Como fazer:

- ◆ Identifique quais diretrizes e ferramentas do PTS serão implementadas na prática do CER.
- ◆ Identifique quais adaptações serão necessárias para que o PTS seja implementado no contexto do CER.
- ◆ Considere as recomendações sugeridas pelos gestores, pelos profissionais e pelas famílias.

Avaliar as barreiras e facilitadores para a implementação do PTS no CER.

Como fazer:

- ◆ Organize grupos de discussão com representantes da gestão, dos profissionais e das famílias para discussão sobre as barreiras (fatores que podem dificultar a implementação do PTS) e facilitadores (fatores que podem tornar mais fácil a implementação do PTS).
- ◆ Realize a disseminação do conhecimento por meio de formação e capacitação da equipe.
- ◆ Monitore as barreiras e os facilitadores por meio de grupos de discussão sistematicamente (a cada quatro meses, por exemplo).

Selecionar, personalizar e implementar intervenções.

Como fazer:

- ◆ Estruture o modelo de intervenção a ser implementado, ajustado ao contexto local pelo time envolvido.

Monitorar e avaliar a implementação.

Como fazer:

- ◆ Avalie as mudanças nas diferentes fases do processo (por exemplo: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliações).

- ◆ Considere as mudanças no processo (fluxo), na prática clínica dos profissionais envolvidos, organizacionais e nas pessoas atendidas (medidas clínicas, funcionalidade, participação, fluxo de alta).

Para **implementar o PTS** nos CERs, considerando os seus pilares para uma prestação de serviço mais eficaz, a **TC** nos mostra um caminho possível e uma metodologia que descreve processos importantes a serem considerados para aplicação, levando em conta a realidade de cada serviço. Importante atentar para **mudanças de ações necessárias dos três atores principais nessa implementação: gestores, equipe e pessoa/família.**

Ainda assim, tem dúvidas sobre como pode implementar o PTS no seu serviço de reabilitação?

Vamos compartilhar uma experiência sobre implementação do PTS e seus pilares em um CER IV, na Região Nordeste do Brasil.

2.9 Relato de experiência da implementação do PTS em um CER

Vamos apresentar a implementação do PTS no serviço de reabilitação, considerando as cinco etapas da tradução do conhecimento, iniciando com a identificação do problema do serviço de saúde.

Quais são os problemas que precisam ser resolvidos?

- ◆ Considere as cinco etapas da TC:
 1. Identificação do problema
 2. Busca da evidência científica
 3. Adaptação ao contexto local
 4. Implementação
 5. Monitoramento e avaliação

PRIMEIRA ETAPA DA TC – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

- ◆ **Problema relacionado à pessoa/família no serviço:**
 - ◇ Dificuldade da pessoa/família em definir metas SMART.
 - ◇ Dificuldade de compreensão do seu papel no cuidado em saúde.
 - ◇ Dificuldade de aderir às orientações para casa.
 - ◇ Dificuldade de compreender a alta (transição do cuidado).

- ◆ **Problema relacionado à equipe multiprofissional:**
 - ◇ Falta de conhecimento sobre PTS e seus pilares.
 - ◇ Dificuldade de mudar a forma de prestação de serviço e implementar o PTS na prática.
 - ◇ Dificuldade para a gestão do cuidado do paciente.
- ◆ **Problema relacionado ao gestores:**
 - ◇ Necessidade de mudanças no fluxo de atendimento do CER.
 - ◇ Falta de instrumentos que permitam a implementação do PTS para todos os pacientes do CER.
 - ◇ Dificuldade de gerenciar os pacientes que fizeram PTS e indicadores de qualidade do serviço.

Uma vez identificados os problemas a serem resolvidos, foi necessário buscar evidências na literatura para tentar resolver cada um.

— SEGUNDA ETAPA DA TC – BUSCA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Foi realizada busca das principais evidências na literatura para resolver os problemas elencados anteriormente e isto é o que encontramos:

- ◆ **Evidência para resolver os problemas relacionados à pessoa/família, à equipe multiprofissional e aos gestores do serviço:**
 - ◇ Necessidade de mudar o formato de prestação de serviço em saúde.
 - ◇ Implementar o **modelo biopsicossocial** com foco na participação.
 - ◇ **Prática Centrada na Pessoa e Família** por meio da Prática Compartilhada.
 - ◇ Corresponsabilização dos demais setores da Rede de Atenção para alcance das metas e atenção integral: **intersectorialidade**.

A partir da busca na literatura, foi identificada a necessidade de implementar o modelo biopsicossocial, a Prática Centrada na Família e a intersectorialidade como pilares da prestação de serviços em saúde, para resolução dos principais problemas elencados no serviço. Contudo, para implementar no contexto do nosso CER, foram necessárias adaptações considerando a realidade do nosso contexto local, pensando nas pessoas e famílias na equipe e na gestão do serviço.

TERCEIRA ETAPA DA TC – ADAPTAÇÃO AO CONEXTO LOCAL

◆ **Adaptação ao contexto em relação à pessoa/família no serviço:**

- ◇ Necessidade de traduzir o conhecimento às famílias de forma que compreendessem seu papel no cuidado em saúde e a importância da sua participação ativa em todas as etapas do processo de reabilitação
- ◇ Adaptações necessárias para facilitar a compreensão e o engajamento no processo.

◆ **Adaptação ao contexto em relação à equipe multiprofissional no serviço:**

- ◇ Necessidade de espaços formativos para discussão sobre CIF, Prática Centrada na Pessoa e Família (Prática Colaborativa), intersectorialidade, matriciamento e PTS.
- ◇ Educação permanente para a equipe.
- ◇ Definição do profissional de referência para cada pessoa/família que entra para a reabilitação no CER para ser o gestor do cuidado.

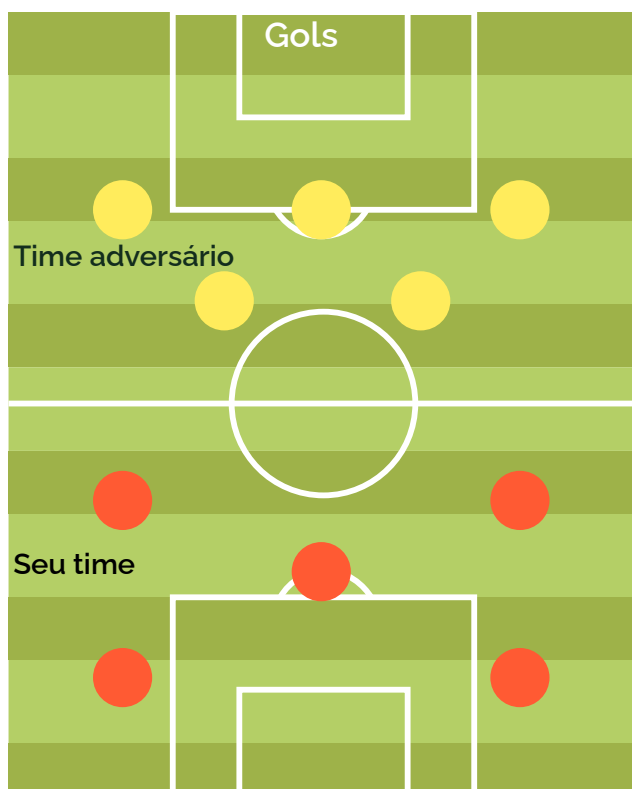
◆ **Adaptação ao contexto em relação aos gestores do serviço:**

- ◇ Mudança no fluxo do serviço no CER para permitir a implementação do PTS e de seus pilares.
- ◇ Desenvolvimento de uma ferramenta de comunicação com paciente/equipe e demais setores (elaboração da caderneta do CER).
- ◇ Implementação da gestão do cuidado do paciente.

Como adaptação ao nosso contexto local, visando implementar a nova forma de prestação de serviço no CER, foi desenvolvida uma ferramenta para facilitar a compreensão da pessoa e da família sobre o seu papel na reabilitação, evidenciando seu protagonismo na definição de metas, além da sua corresponsabilização no cuidado, identificando possíveis barreiras e facilitadores a serem considerados na elaboração do PTS para o alcance das metas funcionais.

Criação da Ferramenta do **Futebol**, que visa traduzir para a **pessoa e a família** as metas que querem alcançar, bem como o time com o qual podem contar para ajudar no alcance dessas metas, assim como as barreiras que precisarão ser previstas para alcançar cada meta definida.

Técnico(a) do time:



Como traduzir esse conhecimento e adaptar para a população do CER?



♦ Futebol e a reabilitação

- ♦ QUAIS OS GOLS A MARCAR? Quais as metas da reabilitação?
- ♦ QUEM É O TÉCNICO DO TIME? Quem pode traçar as melhores estratégias para alcançar as metas?
- ♦ QUEM FAZ PARTE DO TIME? Quem pode ajudar no alcance das metas?
- ♦ QUEM É O TIME ADVERSÁRIO? O que pode dificultar o alcance da meta?

A ferramenta:

- ◇ Permite a criação do PTS de forma facilitada e com o entendimento dos papéis da família/pessoa/equipe e setores envolvidos.
- ◇ Permite realizar a etapa de **definição das metas do PTS**, trazendo para o seu contexto de necessidades e relevância.
- ◇ Traduz o conhecimento sobre a importância da participação ativa da família e sua rede de apoio para alcançar o gol (compartilhamento do cuidado).
- ◇ Permite mapear barreiras e facilitadores na construção do PTS.
- ◇ Facilita a adesão no plano de tratamento proposto.
- ✓ Adaptação do contexto local para facilitar a implementação para a pessoa/família.

IMPLEMENTAÇÃO DO PTS NO CER

Para implementar a nova forma de prestação de serviço e o novo fluxo do CER, considerando os três pilares do PTS, foram necessárias mudanças na prática da equipe multiprofissional. Para isso, foi necessário realizar momentos de formação sobre o PTS e seus três pilares, de forma a gerar reflexões e mudanças de prática, a qual deve ser considerada uma etapa perene, com ações de educação permanente.

QUARTA ETAPA DA TC – IMPLEMENTAÇÃO

- ◆ Formação para a equipe sobre o PTS e seus pilares
 - ◇ PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
 - ◇ MODELO BIOPSISSOCIAL (CIF)
 - ◇ PRÁTICA CENTRADA NA PESSOA E FAMÍLIA/PRÁTICA COMPARTILHADA

Espaços de **formação** e **educação permanente** para **equipe multiprofissional**, promovendo a disseminação do conhecimento e discussões para implementação no serviço.

- ✓ Adaptação do contexto local para facilitar a implementação para a equipe multiprofissional.

EXPERIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PTS NO CER DO INSTITUTO SANTOS DUMONT DE ENSINO E PESQUISA (ISD)

Para implementar o PTS no CER, considerando a adaptação para o contexto local, foi necessário reestruturar o fluxo do serviço para trazer a pessoa e a família ao centro do cuidado, de forma a ser possível definir metas funcionais individualizadas, que sejam específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com definição do tempo a serem alcançadas. Para isso, foi necessário introduzir o momento de educação em saúde para as pessoas e suas famílias, como etapa inicial do fluxo.

Educação em Saúde para Famílias

Desde a entrada no serviço, para esclarecer sobre a sua condição de saúde e permitir empoderamento nas tomadas de decisão, assim como permitir conhecer o serviço e as possibilidades de intervenção.

Caderneta do CER

Construída com o objetivo de ser uma ferramenta que permita uma comunicação clara da equipe com a pessoa/família, assim como facilite a comunicação intrasetorial e intersetorial. Possui espaços para documentação das metas pactuadas, do PTS, bem como as reavaliações e novas metas.



IMPLEMENTAÇÃO DO PTS NO CER

Além da introdução da educação em saúde para a pessoa/família, foi necessária uma reestruturação de todo o fluxo do serviço para implementar o PTS no CER, a fim de trazer a pessoa e a família para o centro do cuidado, de forma a construir o PTS para cada paciente que entra para a reabilitação. Nesse novo formato, considera-se importante o cumprimento de cada etapa para que o PTS seja uma realidade.

Alteração do fluxo do serviço

Ajustes realizados no serviço a partir da gestão, para permitir mudanças no formato de prestação de serviços e a implementação do PTS e de seus pilares.



Fluxo do CER:**1. CARACTERIZAÇÃO SOCIAL**

Mapeamento diagnóstico do contexto social, das redes de apoio, do acesso às políticas públicas. Diagnóstico social.

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Empoderamento das famílias acerca da sua condição de saúde de forma a auxiliar nas tomadas de decisão no PTS.

3. DEFINIÇÃO DE METAS FUNCIONAIS

Definida na avaliação global a partir da escuta da pessoa/família e negociação de metas SMART, considerando o diagnóstico social e a avaliação das especialidades – COPM.

4. DEFINIÇÃO DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA

Definição do profissional de referência para ser o gestor do cuidado do PTS e facilitar a articulação intra e intersetorial.

5. PLANO TERAPÊUTICO COMPARTILHADO

Planejamento compartilhado do PTS considerando os papéis da pessoa/família/pontos da Rede de Atenção e as metas.

6. REAVALIAÇÕES PERIÓDICAS

Reavaliação periódica das metas por meio da COPM para avaliar a intervenção e identificar possíveis ajustes no PTS ou redefinição de metas ou transição do cuidado (alta qualificada).

7. TRANSIÇÃO DO CUIDADO (ALTA QUALIFICADA)

Espaços de alta terapêutica, por meio de grupos de socialização e manutenção, bem como paradesporto e oficinas de empregabilidade/intersetorialidade para a continuidade do cuidado.

Adaptação do contexto local para permitir a implementação do PTS por meio dos gestores

A partir da mudança do fluxo do serviço e da criação da Caderneta do CER, a implementação das etapas do PTS tornou-se possíveis para todos os pacientes e a Caderneta passou a ser uma ferramenta que registra todas as etapas importantes do fluxo e do PTS, facilitando a comunicação com todos os atores do PTS, como, por exemplo, as metas SMART traçadas no PTS. Por meio da Caderneta, essa informação se torna concreta e clara para todos os envolvidos no PTS.

**Agora é hora de definir:
quais os gols que vocês querem marcar?**

Para isso, você precisa considerar algumas coisas:

- O que, exatamente você quer?
- O que determina que você marcou o seu gol?
- Este gol é possível de ser marcado?
- Por que este gol é importante?
- Quanto tempo preciso para alcançar esse gol?

Data: __/__/__	O que você espera alcançar em ____meses?
	1º GOL:
	2º GOL:
	3º GOL:

A ferramenta da Caderneta do CER para registrar as metas definidas no PTS, de forma que facilite a comunicação intra e intersetorial (**segunda etapa do PTS**), favorece a comunicação entre o profissional de referência no PTS e a equipe multiprofissional com os demais setores da Rede (**intersectorialidade**).

A Caderneta possui espaços para a documentação de toda as etapas do PTS, de forma a registrar e deixar concreto, para a pessoa/família/equipe e os demais setores, o PTS e o papel de cada um no plano terapêutico definido de forma compartilhada.

Você sabe o que é tratamento compartilhado?

Para marcar os gols, precisamos criar juntos uma jogada e definir o que cada um do time pode fazer para que ele seja alcançado.

DATA: __/__/__

	METAS	QUEM FAZ PARTE DO TIME?	QUAIS SÃO OS ADVERSÁRIOS?	O que <u>you</u> pode fazer para ajudar a marcar ar esse GOL?	O que a <u>equipe</u> pode fazer para ajudar a marcar esse GOL?
1					
2					
3					

A ferramenta da Caderneta do CER para registrar a intervenção compartilhada do PTS e as responsabilidades de cada parte, para cada meta (**terceira etapa do PTS**), facilita a comunicação entre o profissional de referência no PTS e a equipe multiprofissional com os setores da Rede (**intersetorialidade**).

A Caderneta possui espaços para a documentação de toda as etapas do PTS, de forma a registrar e deixar concreto para a pessoa/família/equipe e os demais setores a reavaliação para revisar as metas e definir os próximos passos: se serão estabelecidas novas metas ou se o PTS deverá ser modificado para o alcance delas.

O que mudou nesses ___ meses:

Atualização dos Gols

Data: _ / _ / _	O que você espera alcançar em ___ meses?
	1° GOL:
	2° GOL:
	3° GOL:

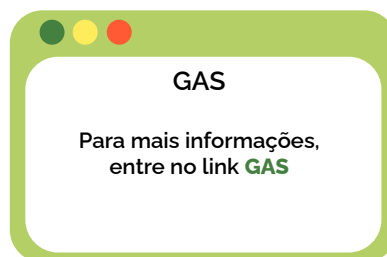
A ferramenta da Caderneta do CER para registro da reavaliação da intervenção e das metas (**quarta etapa do PTS**) facilita a comunicação entre o profissional de referência no PTS e a equipe multiprofissional com os setores da Rede (**intersectorialidade**).

Para tudo o que se implementa, faz-se necessário avaliar os desfechos para acompanhar e medir os resultados. Para isso, deve-se pensar em medidas objetivas para medir o alcance das metas de cada PTS traçado (em **nível individual, para cada paciente**), além de medidas objetivas para medir a qualidade do serviço prestado (no âmbito do serviço). Para o contexto do nosso CER, usamos a Medida Canadense de Performance Ocupacional (COPM) para medir alcance de metas funcionais pela perspectiva da pessoa e da família, e existe também a *Goal Attainment Scaling* (GAS), que também pode ser utilizada para esse fim.

— QUINTA ETAPA DA TC – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Indicadores de alcance de metas individualizadas

- ◆ COPM: entrevista semiestruturada para definição de metas e medida de alcance de metas. Consiste na avaliação, centrada na pessoa/família do seu desempenho e satisfação em relação à meta funcional em uma escala de 1 a 10.
- ◆ GAS: avalia mudanças centradas na pessoa/família em relação às metas SMART estabelecidas. Utiliza a escala de 5 pontos, que varia de +2 a -2, para verificar o alcance das metas.



Medida da funcionalidade do paciente na entrada ao serviço – **definição de metas** – e na etapa **reavaliação** do PTS.

Para medir a qualidade do serviço prestado, a partir das mudanças no fluxo, das adaptações ao contexto local e da implementação do PTS, faz-se necessário medir se de fato os pacientes estão melhorando sua funcionalidade/participação social, uma vez que devem ser estes, os principais objetivos da reabilitação. Para isso, é importante ter indicadores de qualidade do serviço para monitorar e avaliar os resultados.

Indicadores de saúde do serviço

- ◇ **WHODAS 2.0:** avalia a funcionalidade em seis dimensões: mobilidade, cognição, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação (>18 ANOS DE IDADE).
- ◇ **PEDI-CAT:** avalia a funcionalidade mobilidade, função social, autocuidado e responsabilidade (<18 ANOS DE IDADE).

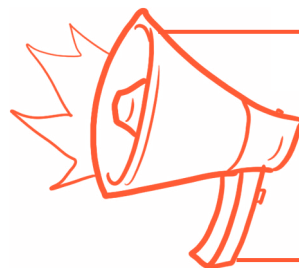
Medida da funcionalidade do paciente na entrada ao serviço e um ano após o início da reabilitação e do PTS.

É preciso modificar a forma de prestação de serviço em saúde para:

- ◆ Promover real participação e inclusão social.
- ◆ Inserção dos pacientes e de suas famílias nas tomadas de decisão.
- ◆ Alta e sustentabilidade dos serviços.

Vamos pensar, no contexto do serviço em que você trabalha:

- ◆ Quais são os principais problemas a serem resolvidos?
- ◆ Quais principais adaptações no contexto local serão necessárias?
- ◆ Quais ações no âmbito das famílias/equipe/gestão serão necessárias para implementar o PT?
- ◆ Uma vez implementado, como serão monitorados os resultados após a implementação do PTS?



Referências

AN, M.; PALISANO, R. J. Family-professional collaboration in pediatric rehabilitation: a practice model. **Disability and Rehabilitation**, v. 36, n. 5, p. 434–440, 29 mar. 2014.

ARAÚJO, E. CIF: Uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. **Revista Fisioterapia e Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 6–13, 2013.

BASTOS, S. C. de A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 2, 1 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CANCHILD CENTRE FOR CHILDHOOD DISABILITY RESEARCH. **Family-Centred Service**. Disponível em: <https://www.canchild.ca/en/research-in-practice/family-centred-service>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CHEEMA, K. *et al.* A systematic review of goal attainment scaling implementation practices by caregivers in randomized controlled trials. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 37, 26 mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00716-w>.

CRE CARE. **PEDI-CAT: Pediatric Evaluation of Disability Inventory - Computerized Adaptive Test**. 2025. Disponível em: <https://www.pedicat.com/>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DA SILVA, A. I. *et al.* Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1–9, 2016.

DI MARINO, E. *et al.* The effect of child, family and environmental factors on the participation of young children with disabilities. **Disability and Health Journal**, v. 11, n. 1, p. 36–42, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.05.005>

DUNCAN, E. A.; MURRAY, J. The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 96, 22 maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-96>.

FISCHER, F. *et al.* Barriers and strategies in guideline implementation - A scoping review. **Healthcare (Basel)**, v. 4, n. 3, p. 36, 29 jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 26, n. 1, p. 13–24, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/chp.47>.

IMMS, C. et al. “Participation”: a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 58, p. 29–38, 2016.

IMMS, C.; GREEN, D. **Participation: Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability**. 1. ed. London: Mac Keith Press, 2020.

MCMORRAN, D. et al. Using a goal attainment scale in the evaluation of outcomes in patients with diplegic cerebral palsy. **Gait & Posture**, v. 44, p. 168–171, fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para crianças e jovens**. Genebra: OMS, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>. Acesso em: 10 fev. 2025.

PEREIRA, A. P. de S. et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 407–416, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300012&lng=pt&tlng=pt

REGALADO, I. C. R. et al. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF): ampliando o olhar sobre a criança com deficiência motora. **Revista Movimenta**, v. 11, n. 3, p. 387–392, 2018.

RUSSELL, D. J. et al. Improved scaling of the gross motor function measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. **Physiotherapy**, v. 80, n. 9, p. 873–885, 2000.

ROSENBAUM, P. L. et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. **JAMA**, v. 288, n. 11, p. 1357–1363, 18 set. 2002. DOI: 10.1001/jama.288.11.1357.

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE. Disponível em: <https://www.thecopm.ca/learn/>. Acesso em: 10 fev. 2025.



3 ORIENTAÇÕES AOS GESTORES E ÀS EQUIPES

Este capítulo visa oferecer aos gestores e profissionais uma base prática para implementar o PTS de forma estruturada e eficaz. Discutiremos como o gestor pode coordenar as ações entre as diversas especialidades, alinhar os recursos e promover um ambiente de diálogo e respeito, em que a escuta ativa e o engajamento da família e do usuário sejam priorizados.

Com uma linguagem prática e exemplos aplicáveis, o capítulo apresentará sugestões de estratégias que facilitam essa abordagem, trazendo orientações que vão desde a formulação dos objetivos terapêuticos até o monitoramento dos resultados. O envolvimento da família e do usuário, ao longo de todo o processo, será apresentado como um componente central para fortalecer vínculos e gerar corresponsabilidade, favorecendo, assim, a efetividade do cuidado.

Este capítulo se destina, então, a instrumentalizar gestores e equipes a criar e sustentar práticas de cuidado verdadeiramente centradas na pessoa, com orientações claras e aplicáveis ao cotidiano dos CERs. Ao final, o leitor estará mais preparado para promover um ambiente colaborativo e inclusivo, em que cada pessoa atendida tenha um cuidado que respeite sua singularidade e promova sua autonomia.

3.1 Recomendações aos gestores

Os gestores exercem um papel crucial na implementação do PTS ao **adaptar as diretrizes e orientações às realidades locais, de modo a assegurar que todos os recursos humanos, materiais e institucionais estejam alinhados e disponíveis** para a execução desse plano individualizado de cuidado.

A diversidade regional do País exige que os gestores considerem as particularidades de cada território, respeitando as especificidades culturais, socioeconômicas, geográficas, de organização das redes de saúde locais e gestão de recursos próprios.

Cabe aos gestores **fomentar um ambiente de comunicação e colaboração** entre os diferentes setores e equipes, **promovendo a integração de saberes e o compromisso com a abordagem centrada na pessoa e na família e evitando que mudanças de gestão comprometam a manutenção das práticas**.

Neste capítulo, as recomendações aos gestores são abordadas em seis sessões.

1. Planejamento e coordenação de serviços

- ◇ Gerenciar recursos humanos e financeiros, assegurando que a equipe multidisciplinar tenha o suporte necessário.
- ◇ Articular com diferentes setores de saúde e sociais para garantir ações intersetoriais e continuidade no cuidado dos usuários.
- ◇ Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência eficazes.
- ◇ Coordenar as atividades de diferentes setores para garantir um atendimento integrado e centrado nas necessidades da pessoa e da família.

2. Promoção de uma cultura de cuidado humanizado

- ◇ Promover uma cultura de respeito e empatia, incentivando a escuta ativa e o envolvimento do paciente e de seus familiares nas decisões de cuidado.
- ◇ Implementar políticas de humanização no atendimento.

3. Promoção da comunicação eficiente

- ◇ Implementar ferramentas que facilitem a comunicação entre membros da equipe e com os usuários.
- ◇ Criar um ambiente no qual o feedback é encorajado e considerado.
- ◇ Lembrar da importância da documentação adequada dos processos, das decisões e das evoluções dos casos.
- ◇ Utilizar sistemas de informação que integrem dados sobre o PTS.

4. Educação e qualificação da equipe

- ◇ Investir na formação continuada da equipe para que esteja preparada para lidar com as complexidades do cuidado centrado na pessoa e na família.
- ◇ Prover treinamentos que enfatizem a abordagem centrada na pessoa, na comunicação e nas práticas colaborativas.

5. Superação de barreiras organizacionais

- ◇ Identificar e enfrentar as resistências à mudança dentro da instituição.
- ◇ Criar um ambiente favorável à inovação e à prática colaborativa.

6. Gestão de qualidade e segurança

- ◇ Estabelecer indicadores de sucesso para avaliar a implementação do PTS.
- ◇ Monitorar e avaliar continuamente os processos e indicadores de qualidade e segurança dos atendimentos prestados.
- ◇ Implementar melhorias baseadas em feedback dos usuários e da equipe.

SESSÃO 1: PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS

1. Dimensionamento e alocação de recursos humanos

Avaliação de necessidades da equipe

Um gestor eficaz deve, primeiro, avaliar as demandas específicas dos pacientes atendidos para garantir uma equipe adequada em termos de quantidade e diversidade de profissionais. Por exemplo, se o CER atende um grande número de pacientes com condições neurológicas, é crucial contar com neurologistas, fisioterapeutas especializados e psicólogos com experiência nesse tipo de reabilitação.

Contratação e qualificação de profissionais

Para evitar sobrecarga e falta de suporte à equipe, o gestor deve buscar ativamente profissionais que complementem as especialidades da equipe existente. Isso pode incluir fazer parcerias com outros CERs da mesma ou de regiões próximas, de modo a otimizar o encaminhamento de pacientes, garantindo fluxos de referência e contrarreferência eficazes; ou buscar, por exemplo, a contratação especializada por meio de contatos com programas de residência.

Promoção do suporte psicológico e emocional à equipe

O gestor também deve reconhecer o impacto emocional do trabalho de reabilitação. Criar espaços de escuta e apoio entre os membros da equipe ajuda a prevenir o desgaste e garante que a equipe esteja emocionalmente preparada para atuar em situações desafiadoras.

2. Gestão financeira para o suporte ao PTS

Orçamento alinhado ao PTS

O gestor deve garantir que os recursos financeiros estejam direcionados para suprir as necessidades do PTS, priorizando materiais, tecnologias e terapias que realmente contribuam para o cuidado centrado no paciente. Por exemplo, ao elaborar o orçamento, o gestor pode alocar uma parte específica para tecnologias de apoio, como órteses ou softwares que favoreçam a funcionalidade e a participação.

Financiamento sustentável

Diante das disparidades regionais na disponibilidade de tecnologias, insumos e serviços, torna-se fundamental que gestores municipais e estaduais compreendam a importância de destinar recursos para os PTS e busquem alternativas complementares de financiamento.

Investir no PTS impacta positivamente:

◆ A Rede de Atenção

O planejamento adequado do cuidado reduz internações desnecessárias, melhora a adesão ao tratamento e otimiza o uso de recursos.

◆ A redução de custos em longo prazo

A continuidade do cuidado e o enfoque na prevenção evitam agravos que gerariam gastos ainda maiores para o SUS.

◆ O fortalecimento da equidade no SUS

O PTS permite adaptar a atenção à saúde às especificidades locais, garantindo que usuários em diferentes regiões tenham acesso a um cuidado de qualidade.

Fontes alternativas de financiamento

Além do financiamento proveniente das transferências do Ministério da Saúde e do orçamento próprio dos estados e municípios, os gestores podem explorar fontes adicionais de recursos:

◆ Parcerias com universidades e institutos de pesquisa

Viabilizam apoio técnico e recursos para monitoramento e avaliação dos PTS.

◆ Editais e chamamentos públicos

Organizações nacionais e internacionais oferecem financiamento para projetos inovadores em saúde, incluindo o cuidado integral e humanizado.

◆ **Programas de incentivo estaduais e federais**

Como, por exemplo, os incentivos financeiros para a Atenção Primária, saúde mental e Assistência Farmacêutica, que podem ser direcionados para fortalecer a execução dos PTS.

◆ **Parcerias intersetoriais**

Trabalhar com setores como assistência social, educação e habitação pode ampliar as possibilidades de cofinanciamento e oferecer suporte complementar aos usuários dos PTS.

◆ **Termos de colaboração com organizações sociais**

Organizações não governamentais (ONGs) e associações comunitárias podem atuar como parceiras no suporte a ações específicas, como reabilitação, inclusão social e geração de renda para os usuários.

Exemplos de boas práticas que podem ser implementadas pelo Brasil:

◆ **Financiamento de PTS por meio de programas estaduais**

A Secretaria Estadual de Saúde cria um programa de cofinanciamento para municípios que implementam o PTS em serviços de reabilitação, fortalecendo o cuidado à pessoa com deficiência e ampliando o acesso a terapias multiprofissionais.

◆ **Uso de tecnologia para otimizar recursos**

Implementação de um sistema de telemonitoramento em nível estadual para acompanhamento remoto de usuários com doenças crônicas, reduzindo deslocamentos e garantindo continuidade no cuidado, mesmo em áreas de difícil acesso.

◆ **Estratégia intersetorial para PTS em populações vulneráveis**

Uma parceria entre saúde, assistência social e habitação pode garantir suporte a pessoas em situação de rua, articulando moradia assistida e acesso ao PTS de forma integrada.

◆ **Parceria com universidades para qualificação das equipes:**

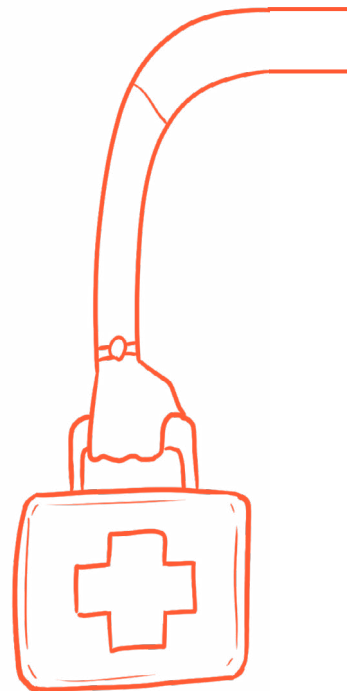
Municípios podem firmar parcerias com universidades locais para qualificar profissionais de saúde na formulação dos PTS, garantindo um modelo de cuidado baseado em evidências e adaptado às necessidades dos usuários.

Eficiência na aquisição de insumos e equipamentos

- ◆ A implementação do PTS requer a disponibilidade de equipamentos, insumos e infraestrutura adequados para garantir um cuidado individualizado e de qualidade aos usuários do SUS. No entanto, a aquisição desses recursos pode ser desafiadora, especialmente em regiões com orçamento limitado.
- ◆ Para otimizar a gestão de compras e reduzir custos, os gestores podem adotar estratégias como consórcios, compras compartilhadas e articulação intergovernamental.

Os mecanismos de compra coletiva aumentam o poder de negociação, padronizam aquisições e reduzem os custos unitários de insumos e equipamentos.

- ◆ Para maximizar os recursos, os gestores podem, ainda, negociar com fornecedores para obter materiais e equipamentos a preços mais acessíveis e submeter projetos a editais de fomento, sem comprometer a qualidade do atendimento.



Veja algumas estratégias de aquisição para redução de custos:

Os gestores podem utilizar mecanismos de compra coletiva para aumentar o poder de negociação, padronizar aquisições e reduzir os custos unitários de insumos e equipamentos. As principais estratégias incluem:

Consórcios intermunicipais de saúde

São parcerias estabelecidas entre municípios com o objetivo de compartilhar recursos e serviços de saúde. Essa colaboração permite a realização de compras conjuntas de equipamentos e insumos, resultando em economia de escala e redução de custos. Tem como vantagens: a aquisição em grandes volumes, possibilitando negociações mais favoráveis com fornecedores; e o compartilhamento de recursos, podendo, portanto, dividir equipamentos de alto custo, otimizando o uso e evitando ociosidade.

Compras compartilhadas via estados e União

Estados podem coordenar compras regionais com os municípios, garantindo a aquisição padronizada de equipamentos essenciais ao PTS. Alguns exemplos de iniciativas são:

- ◆ Consórcio Brasil Central: estados-membros aprovaram um projeto de compra compartilhada de medicamentos, visando reduzir custos por meio do ganho de escala e aprimoramento dos processos de compra e logística.
- ◆ Consórcio Nordeste: durante a pandemia de covid-19, realizou compras conjuntas de equipamentos e insumos médicos, demonstrando a eficácia dessa estratégia em situações emergenciais.

Articulação entre estados, municípios e a União

Uma coordenação eficaz entre as diferentes esferas de governo é fundamental para garantir que todas as regiões, especialmente as menos favorecidas, tenham acesso aos insumos e equipamentos necessários para o PTS. Algumas estratégias são:

- ◆ Comissões intergestores: participar ativamente das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) para pactuar responsabilidades e recursos entre os entes federativos.
- ◆ Fundos de saúde: utilizar os recursos dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde de forma integrada, assegurando financiamento adequado para a aquisição de insumos e equipamentos.
- ◆ Programas federais: aproveitar programas do Ministério da Saúde que oferecem suporte financeiro e logístico para a aquisição de equipamentos e insumos, como aqueles voltados para a Atenção Primária e Secundária.

Avaliação de custos e impacto de programas de treinamento

A qualificação contínua dos profissionais do SUS é essencial para a implementação do PTS. Os gestores podem otimizar os recursos financeiros destinados a treinamentos, garantindo impacto positivo com o menor custo possível. Para isso, podem adotar estratégias como treinamentos internos, valorização do conhecimento local e parcerias institucionais.

Estratégias para implementação de treinamentos internos:

- ◆ Identificar profissionais com expertise em áreas específicas do PTS.
- ◆ Promover rodas de conversa, oficinas práticas e estudos de caso conduzidos por esses profissionais.
- ◆ Criar um banco de talentos internos, mapeando quais profissionais podem atuar como multiplicadores de conhecimento.

Estratégias para valorização dos profissionais do SUS:

- ◆ Criar fóruns regionais de troca de experiências, nos quais profissionais compartilham boas práticas na implementação do PTS.
- ◆ Estabelecer um repositório de conteúdos, registrando e divulgando materiais produzidos pelos próprios profissionais (protocolos, fluxos de atendimento, estratégias bem-sucedidas).
- ◆ Incentivar a participação em eventos científicos e congressos, ampliando a visibilidade do conhecimento gerado no SUS.

Parcerias com universidades e instituições de ensino:

- ◆ Estabelecer parcerias com universidades e instituições de ensino amplia a oferta de treinamentos a custos reduzidos ou até gratuitos. As vantagens dessas parcerias incluem:
 - ◇ acesso a cursos e especializações para os profissionais do SUS;
 - ◇ possibilidade de estágios supervisionados, em que alunos das áreas da saúde contribuam na implementação do PTS;
 - ◇ realização de pesquisas aplicadas para avaliar e aprimorar as estratégias do PTS.

Exemplo prático:

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Ministério da Saúde, estimula a integração entre universidades e serviços de saúde do SUS, promovendo treinamentos e práticas inovadoras nos territórios.

Garantir recursos sustentáveis para o PTS exige planejamento estratégico e busca ativa por oportunidades de financiamento. Os gestores devem adotar uma postura proativa na captação de recursos e no fortalecimento da governança intersetorial, assegurando que o SUS continue promovendo um cuidado individualizado, equitativo e eficiente para todos os brasileiros.

3. Coordenação de atividades de diferentes setores

Criação de fluxos de trabalho integrados

O gestor pode criar um protocolo que descreva detalhadamente o fluxo de atendimento desde o acolhimento até a execução do PTS. Por exemplo, ao receber um novo paciente, o setor de triagem deve identificar suas principais necessidades e encaminhá-lo aos setores apropriados (medicina especializada, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional etc.), com prazos claros para a realização das avaliações iniciais. Esse protocolo deve incluir pontos de interação entre os setores, como reuniões de alinhamento após cada etapa inicial.

Dica de gestão!

Para tornar as reuniões entre os setores mais produtivas, o gestor pode criar um modelo de pauta predefinida, incluindo tópicos como:

- ◆ Setor e profissional responsável pela pauta.
- ◆ Atualizações sobre os casos prioritários.
- ◆ Desafios enfrentados por cada setor e sugestões de ajustes no PTS.
- ◆ Tempo para discutir a pauta.

Ferramenta para implementação

Implementar e utilizar um sistema eletrônico compartilhado em que todos os setores possam registrar informações sobre o paciente, garantindo que a equipe tenha acesso em tempo real aos dados necessários para o planejamento e a execução do PTS.

SESSÃO 2: PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE CUIDADO HUMANIZADO

Humanização em reuniões de PTS

Organização de reuniões multiprofissionais humanizadas

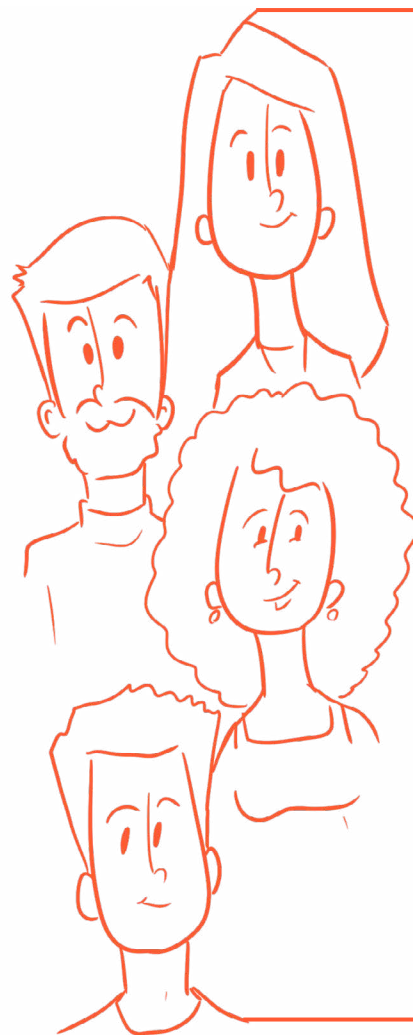
O gestor pode instituir que, nas reuniões para construção e atualização do PTS, estejam sempre presentes representantes do paciente e/ou da família, de acordo com o desejo e a disponibilidade deles. Assim, o próprio paciente e a família podem expressar diretamente suas expectativas e contribuições para o planejamento terapêutico.

Linguagem acessível e transparente nas reuniões

Garantir que a equipe utilize uma linguagem clara e acessível ao paciente e à sua família durante essas reuniões de planejamento do PTS é fundamental. O gestor pode reforçar essa prática como um valor do CER, orientando que os profissionais evitem jargões técnicos e que se concentrem em uma comunicação clara e respeitosa.

Dica de gestão!

Garanta que a equipe definirá entre si um profissional responsável por manter contato mais próximo e direto com a pessoa e sua família, garantindo que ela seja informada e envolvida nas decisões intersetoriais relacionadas ao PTS.



SESSÃO 3: PROMOÇÃO DA COMUNICAÇÃO EFICIENTE

1. Ferramentas para comunicação entre membros da equipe

Reuniões multidisciplinares com pauta e objetivos

Estabelecer reuniões regulares entre os profissionais, com pautas claras e objetivos definidos, é uma prática eficaz para alinhar a equipe. Durante essas reuniões, o gestor pode introduzir um sistema rotativo de liderança, em que diferentes profissionais moderam os encontros, incentivando o engajamento de toda a equipe.

Sistema de gestão compartilhado

O gestor pode implementar uma plataforma digital de gestão de casos (como Google Workspace, Trello ou sistemas específicos de saúde) na qual todos os membros da equipe possam registrar, atualizar e acessar informações sobre os pacientes em tempo real. Isso facilita a troca de informações entre setores e evita duplicidade de esforços.

Facilite a comunicação!

Utilizar aplicativos como Google Meet, Zoom ou Microsoft Teams para viabilizar a participação remota de profissionais em reuniões quando necessário.

Dica de implementação!

No caso do PTS, a plataforma pode incluir campos como:

- ◆ Metas terapêuticas
- ◆ Atividades realizadas
- ◆ Observações relevantes
- ◆ Pendências
- ◆ Prazos

2. Ferramentas para comunicação com os usuários e suas famílias

Criação de materiais informativos

O gestor pode promover a criação de guias simples, usando linguagem acessível, para explicar o que é o PTS, como ele funciona e o papel da família no processo de reabilitação. Esses materiais podem ser entregues no primeiro contato com o paciente ou disponibilizados em formato digital, como site institucional, e-mails ou mensagens de celular.

Atendimento híbrido para facilitar o contato

Estabelecer canais de atendimento digital, como e-mails ou aplicativos de mensagens, para responder dúvidas dos pacientes e suas famílias de maneira ágil. Por exemplo, um familiar que não pode comparecer ao CER pode enviar dúvidas sobre o PTS diretamente para a equipe responsável, que as responderá de forma coordenada.

Facilite a comunicação!

Utilize infográficos e vídeos curtos acessíveis para facilitar a compreensão de famílias com diferentes níveis de escolaridade e necessidades.

Dica de implementação!

Designar um profissional ou setor específico para gerenciar esses canais, garantindo respostas rápidas e consistentes.

3. Práticas para melhorar a integração e o diálogo

Rodas de conversa interativas

Organizar rodas de conversa entre equipe e as famílias dos pacientes. Por exemplo, ao final de um ciclo terapêutico, promover um encontro para discutir os avanços alcançados, esclarecer dúvidas e ouvir sugestões.

Aplicação de checklists para comunicação

Criar checklists de comunicação para a equipe, garantindo que todas as informações essenciais sejam transmitidas ao paciente e à família. Por exemplo, no momento da entrega do PTS, a checklist pode incluir pontos como: “Explicação dos objetivos terapêuticos”, “Confirmação de horários das sessões” e “Esclarecimento de dúvidas do paciente”.

Benefício

Ajuda a padronizar a comunicação e evita esquecimentos.

Dica extra!

Implemente ferramentas de feedback.

Formulários on-line para coletar feedback dos usuários e de suas famílias sobre o atendimento podem ser implementados, por exemplo, após a primeira reunião de PTS. A família pode receber um link para avaliar se compreendeu os objetivos propostos e se sentiu-se acolhida.

Benefício

O gestor pode utilizar esses dados para ajustar práticas e identificar áreas nas quais a comunicação com os usuários pode ser aprimorada.

4. Papel ativo do gestor na promoção da comunicação

Feedback regular e constante

O gestor pode realizar reuniões individuais ou em pequenos grupos para ouvir as preocupações dos profissionais sobre a comunicação interna e externa. Por exemplo, se os fisioterapeutas sentem dificuldade em acessar informações coletadas pelo serviço social, o gestor pode investigar e ajustar o fluxo de compartilhamento de dados.

Exemplo de comportamento

O gestor deve adotar uma postura exemplar de comunicação, utilizando linguagem assertiva e acessível nas reuniões e interações. Se um profissional apresenta um problema ou uma dúvida, o gestor pode adotar uma abordagem de escuta ativa, demonstrando acolhimento, e responder de forma construtiva.

Na prática, o gestor promove a comunicação eficiente no CER ao implementar ferramentas digitais, criar espaços regulares de diálogo, desenvolver materiais informativos para usuários e liderar pelo exemplo.

Essa abordagem integrada garante que a equipe multidisciplinar tenha acesso a informações claras e oportunas, fortalecendo a execução do PTS e promovendo um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa e na família.

SESSÃO 4: EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE

1. Identificar as necessidades de qualificação

Avaliação das necessidades de formação

O gestor pode realizar uma pesquisa interna com a equipe para identificar áreas de maior necessidade, como técnicas específicas de reabilitação, habilidades de comunicação ou manejo de situações familiares complexas. Por exemplo, se os profissionais relatam dificuldades em engajar as famílias no PTS, o gestor pode priorizar qualificações nessa área.

Planejamento de trilhas de aprendizagem

Criar uma “trilha de aprendizagem” para cada profissional ou setor, alinhando qualificações específicas às funções desempenhadas no CER. Por exemplo, para a equipe de fisioterapia, incluir workshops sobre tecnologias assistivas; para a equipe de psicologia, treinamentos em escuta ativa e apoio emocional.

Grupos de estudos multidisciplinares

Formar grupos de estudo regulares com profissionais de diferentes áreas para discutir casos complexos, artigos científicos ou protocolos de atendimento. Por exemplo, analisar um caso real do CER em que o engajamento da família foi desafiador, buscando soluções conjuntas. Pode ser uma oportunidade para as equipes compartilharem práticas exitosas de atuação interprofissional.

Benefício

Estimula a troca de experiências e o aprendizado colaborativo.

2. Parcerias com instituições de ensino e pesquisa

Promoção de cursos e palestras

Estabelecer parcerias com universidades, organizações sem fins lucrativos ou especialistas em reabilitação para oferecer palestras ou cursos sobre temas relevantes. Por exemplo, o gestor pode convidar um pesquisador para falar sobre o tema “Abordagens inovadoras no cuidado centrado na pessoa” ou “Novas tecnologias na reabilitação”.

Fomento à educação formal

Incentivar que os profissionais do CER busquem pós-graduações relacionadas à reabilitação, oferecendo subsídios ou parcerias que facilitem o acesso a esses cursos. Por exemplo, o gestor pode firmar parceria com universidades para que tenham vagas reservadas para a equipe daquele CER, negociar descontos em instituições de ensino ou criar programas de bolsas internas para cursos específicos.

As parcerias também podem oportunizar acesso a:

- ◆ Plataformas de aprendizado on-line

Oferecer cursos on-line os quais os profissionais possam acessar no próprio ritmo. Por exemplo, disponibilizar um curso sobre ética no cuidado centrado na pessoa, o qual toda a equipe possa concluir ao longo de um mês.

- ◆ Bibliotecas virtuais

Acesso a artigos, guias práticos, vídeos e outras ferramentas educativas para que a equipe possa consultar a qualquer momento.

3. Envolvimento da equipe no processo

Incentivo ao protagonismo dos profissionais

Permitir que a equipe sugira temas ou indique especialistas para futuras qualificações. O resultado disso é aumentar o engajamento e o senso de pertencimento dos profissionais.

Reconhecimento e valorização

Criar um sistema de reconhecimento para profissionais que implementam práticas inovadoras aprendidas em formações. Por exemplo, divulgar os resultados positivos em reuniões gerais ou incluir uma notícia sobre essa experiência no mural interno.

4. Monitoramento e avaliação do impacto

Medição de resultados

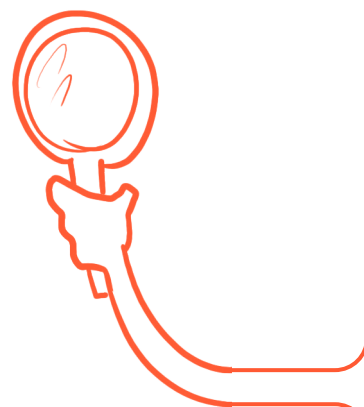
Após cada formação, solicitar que os participantes apliquem os aprendizados em casos reais e compartilhem os resultados em reuniões futuras. Por exemplo, se a equipe participou de uma oficina sobre comunicação com famílias, os participantes podem relatar como essas técnicas foram implementadas e o impacto observado no engajamento dos pacientes.

Ajuste contínuo

Se uma formação não gerou os resultados esperados, o gestor deve buscar feedback da equipe para identificar pontos de melhoria e ajustar futuras formações. Por exemplo, se uma palestra foi teórica demais, pode-se buscar um próximo evento com foco em práticas aplicáveis.

Dica!

Crie indicadores simples para medir a eficácia das qualificações, como envolvimento das famílias e resultados terapêuticos.



SESSÃO 5: SUPERAÇÃO DE BARREIRAS ORGANIZACIONAIS

1. Identificação das resistências à mudança

Diagnóstico de resistências

Realizar reuniões periódicas com a equipe para identificar preocupações ou dificuldades em relação à implementação do PTS. Por exemplo, se um profissional relatar que a falta de clareza nas atribuições gera frustrações, isso pode indicar resistência relacionada à desorganização ou sobrecarga.

Mapeamento de processos críticos

Observar os fluxos de trabalho para identificar pontos em que há maior resistência ou retrabalho. Por exemplo, se a equipe administrativa demora a processar demandas das equipes clínicas, pode ser necessário revisar os procedimentos internos e alinhar expectativas.

Para diagnosticar:

Aplique enquetes anônimas ou realize conversas individuais para colher opiniões sinceras, sem o medo de represálias.

Para mapear processos:

Crie diagramas dos fluxos de trabalho vigentes para visualizar gargalos ou ineficiências.

2. Enfrentamento das resistências à mudança

Comunicação transparente

Explicar para a equipe, de forma clara e objetiva, os benefícios do PTS para os usuários, as famílias e os profissionais. Por exemplo, realizar uma apresentação mostrando como o cuidado centrado na pessoa melhora os desfechos terapêuticos e fortalece o trabalho em equipe. Podem-se usar simulações de casos para demonstrar o impacto positivo da mudança.

Envolvimento da equipe no processo

Criar comitês ou grupos de trabalho para planejar e implementar mudanças no PTS, incluindo representantes de diferentes setores. Por exemplo, ao reformular o fluxo de atendimento, permitir que os próprios profissionais proponham melhorias.

Suporte individualizado

Identificar profissionais que apresentam maior resistência e oferecer suporte personalizado, como conversas ou qualificações específicas. Por exemplo, um profissional que se sente inseguro com ferramentas digitais pode ser treinado separadamente até se sentir confiante para utilizá-las no PTS.

Benefício

Gera senso de pertencimento e reduz resistências, pois os profissionais se tornam agentes ativos da mudança.

3. Criação de um ambiente favorável à inovação

Fomentar uma cultura de experimentação

Permitir que a equipe experimente novas abordagens de cuidado, mesmo que inicialmente sejam pequenas mudanças. Por exemplo, um fonoaudiólogo e um psicólogo podem colaborar em uma intervenção conjunta para testar novas maneiras de engajar os usuários.

Reconhecer e celebrar inovações

Criar um sistema de reconhecimento para ideias inovadoras ou práticas colaborativas que tragam resultados positivos. Por exemplo, divulgar *cases* de sucesso em reuniões gerais ou criar um mural de “Iniciativas inovadoras”.

Investir em qualificações voltadas à inovação

Organizar workshops sobre metodologias ágeis, resolução de problemas ou *design thinking* para qualificar a equipe a pensar de forma inovadora. Por exemplo, usar essas ferramentas para implementar diante da realidade do CER o processo de construção do PTS com foco na colaboração e eficiência.

Benefício

Reforça a motivação da equipe e encoraja outros profissionais a proporem soluções criativas.

Dica!

Criar “pilotos” ou “projetos-piloto”, nos quais as ideias inovadoras possam ser testadas antes de serem ampliadas para todo o CER.

4. Modelagem de comportamento pelo gestor

Ser exemplo de abertura à mudança

Demonstrar proatividade e positividade ao adotar novas práticas ou tecnologias. Por exemplo, o gestor pode ser o primeiro a usar uma nova plataforma de gestão do PTS, mostrando sua utilidade e incentivando a adesão.

Praticar escuta ativa

Em reuniões ou conversas informais, o gestor deve ouvir atentamente as preocupações dos profissionais e demonstrar empatia. Por exemplo, ao identificar um colaborador sobrecarregado, pode sugerir soluções personalizadas, como reorganizar demandas ou alocar apoio adicional.

Dica!

Compartilhe experiências pessoais com a equipe, mostrando que a mudança pode ser desafiadora, mas recompensadora.

O gestor enfrenta resistências à mudança ao identificar as barreiras com precisão, comunicar os benefícios das transformações e envolver ativamente a equipe no processo de inovação.

Ao criar um ambiente que valoriza a experimentação e o aprendizado, o gestor estabelece bases sólidas para uma prática colaborativa eficiente, garantindo que a implementação do PTS se torne parte integral da cultura organizacional do CER.

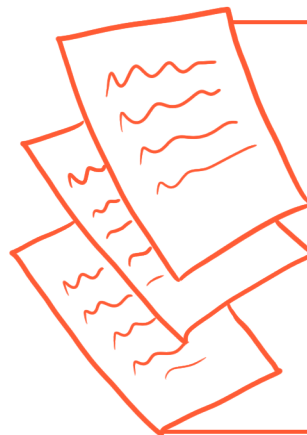
SESSÃO 6: GESTÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA

1. Estabelecimento de indicadores de sucesso

A implementação do PTS no SUS exige o acompanhamento contínuo de seus resultados para garantir sua eficácia e seu aprimoramento. Os gestores municipais e estaduais podem utilizar indicadores de monitoramento para avaliar o impacto do PTS, tomar decisões baseadas em evidências e melhorar a alocação de recursos.

Definição de indicadores relevantes para monitoramento (exemplos)

- ◆ **Acesso e cobertura:** número de pacientes atendidos pelo PTS em determinado período.
- ◆ **Continuidade do cuidado:** percentual de usuários que aderiram ao PTS por mais de seis meses.
- ◆ **Qualidade do atendimento:** satisfação dos pacientes e familiares com o PTS (medida por questionários e entrevistas).
- ◆ **Resultados clínicos:** evolução de parâmetros de saúde (exemplo: redução de internações, melhora em exames laboratoriais).
- ◆ **Eficiência do uso de recursos:** comparação entre os custos investidos no PTS e os ganhos em redução de atendimentos emergenciais ou internações.



Implementar sistemas de registro e monitoramento digital

Para garantir um monitoramento eficiente, é essencial que os gestores incentivem o uso de prontuários eletrônicos e sistemas de informação em saúde. São ferramentas disponíveis no SUS:

- ◆ **e-SUS APS:** sistema nacional para registro de dados da Atenção Primária à Saúde.
- ◆ **SIH/SUS:** Sistema de Informações Hospitalares para análise de internações evitáveis.
- ◆ **Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS):** monitoramento de atendimentos especializados.
- ◆ **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** registro digital do histórico do usuário.

Criar painéis de monitoramento e relatórios para tomada de decisão

Os dados coletados precisam ser transformados em informações acessíveis e úteis para os gestores. A criação de painéis de monitoramento e relatórios periódicos facilita a identificação de desafios e a definição de estratégias de aprimoramento do PTS. Recomenda-se:

- ◆ Utilizar painéis interativos (como Power BI ou *dashboards* on-line) para acompanhamento dos indicadores.
- ◆ Publicar relatórios trimestrais com análises de desempenho e recomendações de melhorias.
- ◆ Realizar reuniões periódicas para revisão dos dados e definição de ajustes na implementação do PTS.

Promover a cultura do uso de dados e educação permanente

Os gestores devem incentivar os profissionais de saúde a utilizarem indicadores para aprimorar suas práticas diárias. A qualificação contínua sobre interpretação de dados e uso de evidências melhora a tomada de decisão em todos os níveis do SUS. Recomenda-se:

- ◆ Oferecer treinamentos sobre uso de indicadores em saúde para equipes gestoras e assistenciais.
- ◆ Criar grupos técnicos de análise de dados para discutir e propor melhorias no PTS.
- ◆ Incentivar o uso de metodologias de melhoria contínua.

Definição de indicadores relevantes

Gestores locais, dos serviços de atenção à saúde, também podem criar indicadores alinhados aos objetivos do PTS, como:

- ◆ **Adesão ao PTS:** porcentagem de pacientes e familiares que participam ativamente das decisões e revisões do projeto.
- ◆ **Resultados terapêuticos:** progresso em metas específicas de reabilitação, como ganho de mobilidade, autonomia funcional ou melhoria na qualidade de vida.
- ◆ **Satisfação do paciente e família:** percentual de respostas positivas em pesquisas de satisfação.

- ◆ **Engajamento da equipe:** frequência de participação em reuniões multidisciplinares e adesão às diretrizes do PTS.

Dica de implementação!

Estabelecer entre três e cinco indicadores principais para evitar excesso de métricas, que podem ser difíceis de monitorar.

Metas realistas e cronogramas

Para cada indicador, definir metas claras. Por exemplo:

- ◆ Aumentar a participação de familiares em 20% nas reuniões de planejamento terapêutico dentro de seis meses.
- ◆ Reduzir reclamações sobre atendimento em 10% no próximo trimestre.

Ferramenta de suporte

Usar gráficos ou *dashboards* para acompanhar o desempenho em tempo real.

2. Coleta e análise de feedback

Criação de canais para feedback

Implementar diferentes canais de feedback, como:

- ◆ Pesquisas de satisfação aplicadas ao final de cada ciclo de atendimento.
- ◆ Caixas de sugestões (físicas e digitais) acessíveis a pacientes e familiares.
- ◆ Reuniões regulares com a equipe para discutir dificuldades e sugestões de melhorias.

Análise de dados coletados

O gestor pode analisar as informações coletadas para identificar padrões. Por exemplo, se muitos pacientes mencionarem atrasos no início das sessões, isso pode indicar necessidade de reestruturação dos horários ou aumento da equipe.

Ferramenta para suporte

Utilize softwares simples como Google Forms ou aplicativos de gestão de saúde para coleta e organização do feedback.

Dica!

Crie relatórios de frequência fixa (por exemplo, trimestrais) para compartilhar os resultados e *insights* com a equipe.

3. Implementação de melhorias baseadas no feedback**Planejamento de ações corretivas**

Priorizar melhorias que tenham maior impacto imediato no cuidado e na satisfação.

Testes de soluções e ajustes

Antes de implementar uma mudança em larga escala, testar a solução em um grupo menor. Por exemplo, introduzir um novo fluxo de comunicação entre a equipe e as famílias em um único setor do CER e avaliar os resultados antes de expandir para toda a instituição.

Promoção de uma cultura de qualidade e segurança

Na prática, o gestor garante a qualidade e a segurança ao implementar uma abordagem estruturada de avaliação baseada em indicadores claros e no uso sistemático de feedback. Isso exige estabelecer métricas relevantes, criar canais acessíveis para ouvir pacientes e equipe, e transformar esses dados em ações concretas de melhoria.

Ao fomentar um ambiente que valorize o aprendizado e a transparência, o gestor assegura que a equipe tenha suporte para oferecer um cuidado de excelência centrado na pessoa e na família, alinhado aos objetivos do PTS.

A implementação eficaz do PTS no SUS exige que os gestores atuem de forma estratégica, promovendo a organização dos serviços, fortalecendo a cultura do cuidado humanizado e garantindo a qualificação contínua das equipes. A superação de barreiras organizacionais e a gestão baseada em qualidade e segurança são aspectos essenciais para assegurar a continuidade e a efetividade das ações.

Ao considerar as realidades locais e investir na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, os gestores ampliam o impacto positivo do PTS na vida dos usuários, fortalecendo a rede de cuidado e assegurando que cada indivíduo receba um atendimento adequado às suas necessidades. A construção de um sistema de saúde mais acessível, resolutivo e centrado na pessoa depende da capacidade dos gestores de transformar diretrizes em práticas sustentáveis, garantindo que o PTS se consolide como um instrumento fundamental para o cuidado integral no SUS.



3.2 Responsabilidades da equipe

O PTS pode ser entendido dentro da equipe como um instrumento de organização do cuidado em saúde entre a equipe e a pessoa/família, favorecendo o conhecimento das singularidades do sujeito/família e a complexidade de cada caso.

Sendo assim, para a construção e a implementação adequada do PTS dentro do processo de trabalho das equipes nos CERs, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado precisam levar em conta algumas estratégias de trabalho, considerando cada etapa do PTS.

Antes de começar o PTS, atente-se para:

- ◆ As etapas da construção do PTS e como funciona.
- ◆ O usuário é tão importante nas decisões do PTS quanto a equipe de saúde.
- ◆ Para cada PTS, é interessante que haja um coordenador do cuidado.

Quem é o coordenador do cuidado? Será a referência, regulando os conflitos, sendo a ligação entre pessoa/família e a equipe e a condução na elaboração dos relatórios.

- ◆ A comunicação é importante e, durante todo o processo, ela precisa ser regular, ativa, recíproca e aberta, pois todos os envolvidos precisam sentirem-se confortáveis comunicando entre si.
- ◆ Estabelecer a confiança entre a equipe é uma das formas de favorecer esse elo e conhecer o papel de todos da equipe e entender que a finalidade do cuidado é a melhora do usuário/família.
- ◆ Ser um membro da equipe com vontade de cooperação, flexível e prestativo favorecerá a construção do PTS e o trabalho interprofissional.

Na etapa do diagnóstico, considere importante:

Essa etapa pode ser associada à avaliação global e às avaliações individuais de cada profissional.

- ◆ Estabelecer um prontuário interprofissional ou resumos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde (CIF).
- ◆ Identificar e esclarecer o problema.
- ◆ Verificar se os pacientes e a equipe possuem um entendimento comum.
- ◆ Utilizar ferramentas que favoreçam as identificações do contexto do usuário/família.
- ◆ Fornecer explicações claras sobre a necessidade de cada avaliação e explicar os achados das avaliações.

Como identificar o contexto?

Mapear a rotina, construir o ecomapa e o genograma pode favorecer o desenho desse contexto.

Uma abordagem contendo as seguintes perguntas pode favorecer o diagnóstico:

- ◆ Quais são as prioridades do usuário/família?
- ◆ Quem dá suporte a esse usuário/família?
- ◆ Quem faz parte do convívio semanal e diário desse usuário/família?
- ◆ Quais são as preocupações e necessidades do usuário/família?
- ◆ O que você acha que o serviço pode contribuir para você/sua família?
- ◆ Pergunte cada momento da rotina, sobre onde dormem, a que horas dormem, em quais horários são feitas as atividades de vida diária, como tomar banho e se alimentar, qual o grau de ajuda é necessário para essas atividades, quais são os cuidados com medicações e se necessitam de auxílio.
- ◆ Pergunte o que mudariam na rotina e o porquê.
- ◆ O que seria necessário para realizar essas mudanças?
- ◆ Nesta etapa de diagnóstico, evite opinar e escute mais.

Exemplo:

Horário	Rotina	Grau de ajuda	Quem ajuda
8h a 8h30	Toma banho	Transferir de uma cadeira para outra	Marido
9h a 9h30	Café da manhã	Cortar frutas	Filha
10h a 14h	Trabalha de casa	Realiza sozinha	

Entender informações como as sugeridas favorecerá a próxima etapa, que é a definição de metas, na qual podemos demonstrar pontos da rotina e da vida da pessoa/família em que a equipe pode contribuir.

Na etapa de definição de metas, considere importante:

Durante esta etapa, as metas são compartilhadas e decididas em comum acordo entre a equipe e a pessoa/família.

- ◆ Utilizar perguntas como: O que você deseja alcançar? O que te preocupa? O que você queria fazer e não consegue?
- ◆ Utilizar instrumentos já desenvolvidos para traçar metas pode ajudar, como a COPM e a GAS.
- ◆ Escutar todas as queixas e os desejos da pessoa/família, mas também apontar todos os problemas ou situações que requerem um processo de tomada de decisão.

- ◆ Oferecer ao usuário/paciente oportunidades explícitas de fazer perguntas durante o processo de definição das metas.
- ◆ Durante esse processo, consiga diferenciar o que são ações, necessidades e metas.

O que são a COPM e a GAS?

Ambas são instrumentos desenvolvidos para traçar metas e foram validadas para esse propósito. A **COPM**, ou Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, apresenta questionamentos para direcionar ao usuário/família a definição de metas em diferentes contextos de vida. Por sua vez, a **GAS**, ou Escala de Atingimento de Metas, traça as metas e define os possíveis resultados esperados.

As metas podem estar atreladas a prioridades de um paciente em sua vida, como definir o que é importante para aquele indivíduo viver com qualidade, sejam elas funcionais (como ser capaz de tomar banho sozinho) ou atreladas a um sintoma (como diminuir a dor ao andar ou a falta de ar ao ter uma relação sexual).

Qual a diferença entre necessidade, ação e meta?

As metas estão atreladas ao que desejamos alcançar, como **conseguir permanecer em pé ao escovar os dentes**, enquanto a **necessidade** está atrelada à falta de algo, como **precisar de ajuda pra ficar em pé**, e as **ações** estão associadas ao que será feito para conseguir alcançar a meta e suprir a necessidade, como é o caso de **fortalecer músculos, promover adaptações no domicílio e utilizar um andador**.

As metas precisam de:

- ◆ **Quem vai realizar** → Pessoas envolvidas na rotina.
- ◆ **Em que condições** → Qual lugar, em que momento.
- ◆ **O que vai realizar** → Atividade a ser desenvolvida.
- ◆ **Mensurável** → Precisamos medir o grau de sucesso.
- ◆ **Atingível** → Precisa ser possível.
- ◆ **Temporisável** → Estabelecer quando será a reavaliação.

Exemplos:

- ◆ **Necessidade** → Que a criança consiga fazer o dever de casa.
- ◆ **Ações** → Reservar um horário do dia para se sentar com a criança.
- ◆ **Meta** → Que o João consiga fazer a tarefa de casa todos os dias daqui a um mês.

Na etapa de divisão de responsabilidades, considere importante:

- ◆ Reconhecer os papéis e as habilidades de cada membro da equipe e do usuário/família no planejamento das ações.
- ◆ Questionar o usuário/família acerca das expectativas e ideias sobre como os problemas devem ser gerenciados.
- ◆ Identificar as soluções possíveis, estabelecendo os potenciais benefícios, danos e incertezas de cada opção.
- ◆ Pedir feedback ao usuário/família para ter certeza de que o entendimento é igual entre vocês.
- ◆ Conhecer a rotina do usuário/família favorecerá que enxerguem janelas de oportunidades para implementar mudanças e ações desejadas.
- ◆ Ao listar as opções ao usuário/família, dê a opção de **nenhuma ação**, pois muitas vezes o usuário/família ainda não está preparado para participar do seu processo de cuidado.
- ◆ Indique a necessidade de uma nova reunião para saber se os alinhamentos desenhados estão sendo implementados ou se eles precisarão ser realinhados.

Na etapa de reavaliação, considere importante:

Esse momento poderá ser feito a qualquer tempo e marcado em acordo com o terapeuta de referência e o usuário/família.

- ◆ Ao iniciar esse momento, questione sobre as mudanças observadas e as expectativas do usuário/família.
- ◆ Trata-se de um momento de reavaliar se as metas foram atingidas e, se não, compreender o que precisa ser mudado.
- ◆ Ao não atingir a meta, questione a opinião do usuário/família sobre o que ele acha que não funcionou.
- ◆ Ao atingir a meta, questione se há outras queixas que podem ser ajudadas pela equipe e trace novas metas.
- ◆ Ao pensar em novas metas, é possível que a equipe de cuidado tenha que mudar, baseando-se na queixa.
- ◆ Nos casos em que não haja mais queixas que possam ser trabalhadas no CER, considere a alta e o cuidado compartilhado com outros serviços, bem como o monitoramento de tempos em tempos.

3.3 Envolvendo usuários e familiares

Como vimos, o PTS é um dispositivo fundamental para organizar e ofertar o cuidado em saúde no âmbito do CER, por favorecer uma abordagem compartilhada das necessidades apresentadas pelos usuários.

A elaboração do PTS deve se dar em um processo coletivo permeado por encontros sistemáticos de discussão, reflexão e análise das situações e problemáticas que permeiam cada caso, primando pela construção de vínculos, pelo estabelecimento de corresponsabilidades e pela autonomização dos usuários e familiares.

Nesse sentido, o envolvimento dos usuários e de suas famílias se faz necessário, pela compreensão de que o processo de cuidado em saúde requer a horizontalização de saberes e poderes, de modo a promover paulatinamente uma maior participação e engajamento entre os envolvidos.

Para garantir isso, é necessário, a princípio, criar um ambiente favorável para aproximar usuários e familiares desse contexto.

O efetivo envolvimento de usuários e familiares no processo de cuidado em saúde possibilita:

- ◆ Desenvolvimento de intervenções mais adequadas, mediante a análise contextualizada de cada caso e situação singular.
- ◆ Maior engajamento dos usuários no processo de cuidado e adesão às atividades propostas.
- ◆ Melhorias nos relacionamentos interpessoais e fortalecimento de vínculos entre os envolvidos.
- ◆ Melhores resultados no processo de cuidado.
- ◆ Maior satisfação de usuários e familiares, frente à assistência recebida.
- ◆ Criação de um contexto favorável à aprendizagem interprofissional e ao desenvolvimento de competências colaborativas.

São aspectos fundamentais para garantir a participação de usuários e familiares:

- ◆ Sentir-se acolhido(a) em todo o processo
- ◆ Estar suficientemente esclarecido(a) sobre todas as etapas
- ◆ Compreender sua corresponsabilidade.
- ◆ Estar motivado(a) e confiante no processo.
- ◆ Manter uma postura colaborativa.

3.3.1 O que é preciso considerar antes de envolver usuários e familiares no PTS?

ACOLHIMENTO

O acolhimento é o primeiro aspecto a ser considerado pelos serviços. Ele deve se traduzir em uma atitude permanente de abertura para receber, respeitar e escutar usuários e familiares, reconhecendo-os como (co)partícipes do processo de cuidado. Trata-se de uma importante ferramenta de inclusão, portanto deve permanentemente permear a construção e a execução do PTS.

AMBIÊNCIA PARTICIPATIVA

Criar um ambiente favorável à atuação efetiva dos usuários e das famílias é fundamental, de modo que se sintam valorizados e motivados para estarem presentes em todas as etapas. Nesse caso, faz-se necessário promover espaços de encontro, por meio de reuniões e processos de escuta, que favoreçam o engajamento e a compreensão de sua importância no processo de cuidado e o compartilhamento de responsabilidades.

FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

O processo de cuidado em saúde é possível de se realizar somente mediante a gestão e a manutenção dos vínculos existentes entre os envolvidos, uma vez que as intervenções terapêuticas necessitam acontecer em um contexto em que haja confiança e comprometimento. Sendo assim, estar atento à qualidade dos vínculos existentes (entre usuários e familiares, e entre estes e os profissionais), buscando fortalecê-los, é fundamental para construir um projeto de cuidado compartilhado e implicado.

AUTONOMIZAÇÃO

No processo de cuidar, é fundamental investir na atuação ativa dos usuários e de seus familiares, os quais devem dispor de recursos para conduzirem o autocuidado. Nesse sentido, o desenvolvimento da autonomia deve ser incluído nas ações do PTS, o qual será efetivado a partir da assunção de responsabilidades, da troca de informações e da concretização das ações terapêuticas com eles definidas.

COMUNICAÇÃO EFETIVA

A existência de processos de comunicação efetivos no âmbito do trabalho em equipes de saúde é condição determinante para o sucesso do cuidado prestado, isto porque permite o compartilhamento da prática, o estabelecimento de objetivos comuns, a tomada coletiva de decisões e a continuidade do cuidado em parceria. No PTS, essa comunicação deve também se estabelecer com os usuários e familiares, com vistas a serem estimulados à livre verbalização de suas impressões, de seus medos e de suas ansiedades, com acolhimento e escuta atenta por parte da equipe.

SINGULARIDADES DAS FAMÍLIAS

As famílias são diversas e plurais e possuem características específicas em suas formas de organização, funcionamento e origem, que se expressam nas singularidades que permeiam cada caso acompanhado pelos serviços de saúde. Dessa forma, a abordagem com as famílias poderá ser realizada de diversas maneiras e conforme níveis variados de envolvimento, o que exige da equipe de saúde uma atitude empática para lidar com as (im)possibilidades de sua participação no plano de cuidados.

As propostas terapêuticas devem ser de fácil entendimento para os familiares, reconhecidos como cuidadores primários das crianças com deficiências, além de serem culturalmente aceitáveis, uma vez que isso facilita a adesão e a continuidade dos cuidados no âmbito domiciliar.

É importante também a equipe de saúde inserir, no processo de elaboração do PTS, atividades direcionadas à família, com vistas à sua instrumentalização para a continuidade do cuidado, como a educação em saúde, abordando temas relacionados às condições gerais e específicas de saúde, treino de habilidades e recomendações para o cuidado domiciliar com foco em atividades da vida diária.

Além disso, o suporte afetivo e emocional é fundamental, tendo em vista a sobrecarga derivada das responsabilidades sobre o cuidado, especialmente entre as mulheres/mães.

Nesse caso, criar grupos terapêuticos e reflexivos é uma estratégia que pode auxiliar no cuidado à família, repercutindo positivamente na progressão do cuidado, em sua dimensão psicossocial.

Na prática, o envolvimento de usuários e familiares deve se dar em todas as etapas de desenvolvimento do PTS, para as quais abordamos algumas recomendações:

ETAPA 1: DIAGNÓSTICO E ANÁLISE

- ◆ Conhecer e compreender singularidades dos usuários e de seus familiares (tais como: história de vida, organização da estrutura familiar, valores e práticas culturais, rede sociocomunitária etc.).
- ◆ Investigar, com os usuários e familiares, compreensões e sentidos acerca do adoecimento/diagnóstico e de sua condição de saúde, bem como as fontes que lhes geram sofrimento.
- ◆ Fornecer esclarecimentos de dúvidas acerca da condição de saúde e das características relacionadas ao diagnóstico.
- ◆ Analisar a existência de processos de negação e/ou dificuldades de aceitação da condição de saúde dos usuários, especialmente por parte da família, bem como possíveis ganhos secundários relacionados à situação de adoecimento.

ETAPA 2: DEFINIÇÃO DE AÇÕES E METAS

- ◆ Promover o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e estimular processos de autonomização do usuário, incluindo-os também como objetivos do PTS.
- ◆ Inserir metas sob a responsabilidade de usuários e familiares, favorecendo que estes se sintam corresponsáveis pela efetivação do PTS.
- ◆ Sensibilizar a família quanto à necessidade de continuidade dos cuidados no domicílio, como forma de engajá-los no processo de cuidado.
- ◆ Elaborar plano de cuidados domiciliares com a família e os usuários, com a pactuação de mecanismos de suporte e acompanhamento pela equipe.

ETAPA 3: DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES

- ◆ Validar as atividades propostas, certificando-se de que todos estão de acordo com a sua inserção no plano de cuidados.
- ◆ Garantir que as atividades inseridas no PTS são de conhecimento e aceitação por parte de usuários e familiares, bem como que estes compreendem a necessidade de sua realização e os efeitos que delas se esperam.
- ◆ Colocar-se à disposição de usuários e familiares para apoiar o desenvolvimento de atividades inseridas no PTS sob sua responsabilidade.
- ◆ Trabalhar a motivação e o engajamento, por meio da oferta de dispositivos pedagógicos e terapêuticos, tais como: grupos reflexivos, processos de psicoeducação e oficinas de trabalho voltadas à aquisição de habilidades específicas.

ETAPA 4: MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

- ◆ Estabelecer encontros periódicos para discussão e avaliação das atividades propostas no PTS, com garantia da participação de familiares e usuários.
- ◆ Solicitar feedback contínuo acerca da percepção sobre o processo de cuidado, bem como de melhorias observadas no âmbito do bem-estar e da qualidade de vida do usuário e da família.
- ◆ Discutir com usuários e familiares os resultados das intervenções terapêuticas realizadas (incluindo exames e outros procedimentos auxiliares do cuidado), bem como a necessidade, ou não, de sua continuidade.

3.4 Considerações finais

O PTS constitui-se como um dispositivo estratégico e estruturante do cuidado nos CERs, ao organizar o processo de trabalho das equipes de forma interprofissional, centrada na pessoa e orientada pelas singularidades de cada usuário e de sua família. Sua efetividade está diretamente relacionada ao reconhecimento das responsabilidades compartilhadas entre profissionais, usuários e familiares, bem como à adoção de práticas que valorizem o acolhimento, a escuta qualificada, a comunicação efetiva e o fortalecimento de vínculos. A construção e a implementação do PTS, ancoradas em suas etapas bem definidas (diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades, implementação, monitoramento e reavaliação), demandam planejamento contínuo, flexibilidade e corresponsabilização, respeitando os diferentes tempos, contextos e possibilidades de participação dos envolvidos.

Ressalta-se que o envolvimento ativo de usuários e familiares não deve ser compreendido como uma etapa isolada, mas como um princípio transversal a todo o PTS, fundamental para a adesão às ações terapêuticas, a continuidade do cuidado no território e no domicílio e o fortalecimento da corresponsabilidade no processo de cuidar. Ao incorporar a horizontalização de saberes, a educação em saúde e o apoio psicossocial às famílias, o PTS reafirma seu papel como instrumento de humanização da atenção e de efetivação do cuidado integral.

Por fim, a consolidação do PTS nos serviços requer investimento permanente na qualificação das equipes, no fortalecimento da comunicação interprofissional e na criação de ambientes participativos.

Referências

BABATUNDE, F.; MACDERMID, J.; MACINTYRE, N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 375, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>.

BASTOS, S. C. A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, 1 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano** (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência

(PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 out. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366>. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Novo Viver Sem Limite: plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência**. Brasília, DF: MDHC, [2023]. Disponível em: <https://novoviversem limite.mdh.gov.br/>. Acesso em: 9 nov. 2024.

CARVALHO, L. G. P. *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521–525, 2012.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* (org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DINIZ, A. M. **Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

DOORNEBOSCH, A. J.; SMALING, H. J. A.; ACHTERBERG, W. P. Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: a systematic review. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 23, n. 5, p. 764–777, 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Manual de orientação: consórcios públicos em saúde no Ceará – estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde**. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2010.

GRANDE, M. M. *et al.* Management of interprofessional work in the singular therapeutic project: proposal for a work process model. **Medicina**, v. 56, n. 2, 2023.

GUIMARÃES, A. C. R.; PEREIRA, Q. L. C.; FERREIRA, A. B. Implantação do Plano Terapêutico Singular na Atenção Básica: fortalezas e possíveis obstáculos. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 10, e08121043341, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43341>.

HARUN, A. *et al.* How to train to discharge a dermatology outpatient: a review. **Dermatology**, v. 233, n. 4, p. 260–267, 2017.

HORI, A.; NASCIMENTO, A. F. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, ago. 2014.

HUTTING, N. *et al.* Patient-centered care in musculoskeletal practice: key elements to support clinicians to focus on the person. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 57, 1 fev. 2022a.

HUTTING, N. *et al.* Patient-centered care in musculoskeletal practice: key elements to support clinicians to focus on the person. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 57, 1 fev. 2022b.

JAENSCH, D.; BAKER, N.; GORDON, S. Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 5, p. 764–777, 2011.

KARAM, M. *et al.* Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research. **International Journal of Nursing Studies**, Amsterdam: Elsevier Ltd., v. 79, p. 70–83, 2018.

KRUYS, E.; WU, C. J. Hospital doctors' and general practitioners' perspectives of outpatient discharge processes in Australia: an interpretive approach. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, 1 dez. 2023.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. **Processo de trabalho na atenção básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

LEON, M. A. S. L. *et al.* Painel eletrônico de gerenciamento do projeto terapêutico da reabilitação no Centro Integrado de Reabilitação do HERibeirão. **Revista Qualidade HC**, n. 12, 2024.

MACEDO, C. S. *et al.* Elaboração de um projeto terapêutico singular para uma família de alto risco em uma Unidade Básica de Saúde, Macaíba-RN: relato de experiência. **Revista Extensão & Sociedade**, Natal, v. 6, n. 1, mar. 2017.

MCMORRAN, D. *et al.* Using a goal attainment scale in the evaluation of outcomes in patients with diplegic cerebral palsy. **Gait & Posture**, v. 44, p. 168–171, fev. 2016.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO, E. B. S.; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto terapêutico singular** [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

NUBILA, H. B. V. Di. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, n. 121, p. 122–123, 2010.

O'KEEFFE, M. *et al.* What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? qualitative systematic review and meta-synthesis. **Physical Therapy**, Oxford University Press, v. 96, n. 5, p. 718–729, 2016.

OLIVEIRA, G. N. O. O projeto terapêutico singular. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 2, p. 93–104, 2010.

OLIVEIRA, G. N. O. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como usar a CIF**: um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, 2013.

PEREIRA, A. P. S. *et al.* O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 407–416, jun. 2009.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263–4275, nov. 2019.

RUARO, J. A. *et al.* Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 16, n. 6, p. 454–462, 2012.

SILVA, N. F. *et al.* Facilitadores e barreiras na organização do trabalho de fisioterapeutas em um centro especializado em reabilitação. **Fisioterapia em Movimento**, v. 37, 2024.

VALENTIM, R. S. *et al.* Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 54, 1 out. 2021.

VERMUNT, N. P. *et al.* A three-goal model for patients with multimorbidity: a qualitative approach. **Health Expectations**, v. 21, n. 2, p. 528–538, 1 abr. 2018.

VIERO, F. C.; ARPINI, D. M. Projeto terapêutico singular e cuidado em saúde mental: o que profissionais revelam. **PSI UNISC**, v. 8, n. 2, p. 92–111, 2024.





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal