



**MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL**  
Estado do Paraná  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E  
SEGURANÇA DA FAMÍLIA**  
Av. José Campigotto - Centro, Laranjeiras do Sul - PR, 85302-150  
Fone: (42) 3635-8100 - E-mail: [asocial@ls.pr.gov.br](mailto:asocial@ls.pr.gov.br)

**SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS**

**PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO USUÁRIO – PDU**

**Equipe de Referência CRAS:** \_\_\_\_\_

**Data da Avaliação Inicial:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

( ) Pessoa com deficiência (Qual?): \_\_\_\_\_

( ) Pessoa Idosa

**Nome:** \_\_\_\_\_

**NIS:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) M ( ) F

**Data de nasc:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_

**Telefones:** \_\_\_\_\_

**Filiação: Mãe:** \_\_\_\_\_

**Pai:** \_\_\_\_\_

**Grau de Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Estudando ( ) Não ( ) Sim** \_\_\_\_\_

**3. PERFIL DO USUÁRIO:**

( ) Mora sozinho. Motivo: \_\_\_\_\_

**Desde de quando:** \_\_\_\_\_

( ) Composição familiar:

| NOME | PAREN<br>TESCO | D. NASC | CPF | OCUPAÇÃO | RENDA |
|------|----------------|---------|-----|----------|-------|
|      |                |         |     |          |       |
|      |                |         |     |          |       |
|      |                |         |     |          |       |
|      |                |         |     |          |       |

### 3.IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADE E DEPENDENCIA

| <b>1.2.1. Condição de Dependência<br/>(Marque o que se aplica)</b> | <b>SIM/PARCIAL/NÃO</b> | <b>Observações / Grau de Autonomia<br/>(Baseado na história de vida)</b> |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atividades Básicas da Vida Diária<br/>(Autocuidado):</b>        |                        |                                                                          |
| Alimentar-se (preparação, ingestão)                                |                        |                                                                          |
| Higiene pessoal (banho, escovação)                                 |                        |                                                                          |
| Vestir-se/Arrumar-se                                               |                        |                                                                          |
| Locomover-se (dentro do<br>domicílio/curtas distâncias)            |                        |                                                                          |
| <b>Atividades Instrumentais (Participação<br/>Social):</b>         |                        |                                                                          |
| Fazer compras / Lidar com finanças                                 |                        |                                                                          |
| Manter compromissos sociais/religiosos                             |                        |                                                                          |
| Acessar serviços no território (saúde,<br>banco, lazer)            |                        |                                                                          |
| Usar transporte (sozinho/acompanhado)                              |                        |                                                                          |

| <b>1.2.2. Fatores de Risco e Barreiras (Marque o que se aplica)</b>                                              | <b>SIM/PARCIAL/NÃO</b> | <b>OBSERVAÇÃO</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
| <b>Risco de Isolamento Social/Confinamento?</b><br>(Excluído das atividades familiares/territoriais)             |                        |                   |
| <b>Fragilização/Rompimento de Vínculos Familiares?</b> (Conflitos, abandono, negligência)                        |                        |                   |
| <b>Cuidador Familiar em Sobrecarga/Estresse?</b><br>(Cuidador único, doença do cuidador, interrupção laboral)    |                        |                   |
| <b>Vivência de Pobreza/Extrema Pobreza?</b><br>(Acesso a renda insuficiente)                                     |                        |                   |
| <b>Barreiras Ambientais (Domicílio/Entorno)?</b><br>(Ausência de acessibilidade espacial, transporte inadequado) |                        |                   |

#### 4. PLANO DE OBJETIVOS E METAS

O PDU é construído com base nos consensos, combinados, compromissos e responsabilidades.

##### Objetivos a Curto Prazo

| <b>Objetivo Específico</b>                                                                               | <b>Ação Essencial para Alcance</b> | <b>Resultado/Aquisição Esperada</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Ex: Garantir "respiro" ao cuidador familiar.<br><br>Formas de diminuir o cansaço sobrecarga, do cuidador |                                    |                                     |
| Ex: Eliminar barreiras no acesso a medicação/saúde.                                                      |                                    |                                     |
| Outras questões prioritárias:                                                                            |                                    |                                     |

**Objetivos a Médio/Longo Prazo ( Fortalecimento da Autonomia e Participação)**

| <b>Objetivo Específico</b>                                | <b>Ação Essencial para Alcance</b> | <b>Resultado/Aquisição Esperada</b> |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Ex: Acesso a benefício (BPC/PBF).                         |                                    |                                     |
| Ex: Inclusão em serviço de convivência (SCFV).            |                                    |                                     |
| Ex: Enfrentamento de barreiras atitudinais (preconceito). |                                    |                                     |
| <b>Outras questões de longo prazo:</b>                    |                                    |                                     |

**PLANO DE AÇÃO**

**EIXO: PROTEÇÃO E CUIDADO SOCIAL NO DOMICÍLIO**

| <b>Ação/Atividade de Suporte no Domicílio</b>                                    | <b>Periodicidade e Duração Sugerida. Definir: Semanal, Quinzenal, Mensal</b> | <b>Profissional Responsável (NS / NM)</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Visita para Orientação e Suporte (Escuta qualificada, planejamento de rotina)    |                                                                              |                                           |
| Apoio ao cuidador familiar (Momento de descanso/autocuidado)                     |                                                                              |                                           |
| Suporte em Atividades Instrumentais (Ex: Acompanhamento em atividades externas)  |                                                                              |                                           |
| Rodas de Diálogo com a Família (Mediação de conflitos, reflexão sobre o cuidado) |                                                                              |                                           |
| Outras atividades lúdicas ou de orientação específica                            |                                                                              |                                           |

**EIXO TERRITÓRIO PROTETIVO E TRABALHO EM REDE**

| <b>Articulação e Mobilização (Articulação Intra e Intersetorial)</b>                        | <b>Objetivo da Articulação</b> | <b>Status (Encaminhado/Em Andamento/Concluído)</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Intrasetorial (SUAS):</b>                                                                |                                |                                                    |
| Complementariedade com o PAIF (se necessário acompanhamento sistemático de vulnerabilidade) |                                |                                                    |
| Encaminhamento e apoio à participação no SCFV                                               |                                |                                                    |
| Orientação sobre acesso a Benefícios Socioassistenciais (BPC/BE)                            |                                |                                                    |
| <b>Intersetorial e Comunitário:</b>                                                         |                                |                                                    |
| Encaminhamento à Saúde                                                                      |                                |                                                    |
| Mobilização para a Cidadania / Encontros Territoriais                                       |                                |                                                    |
| Articulação com Órgãos de Defesa de Direitos (se risco de violência/violação)               |                                |                                                    |
| Apoio a Acessibilidade no Entorno (Trabalho com redes comunitárias)                         |                                |                                                    |

**COMPROMISSOS E CONSENTIMENTO**

**Responsabilidades**

| <b>Agente Envolvido</b>               | <b>Compromisso Específico (Conforme PDU)</b>                                                                           |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usuário(a) Principal</b>           | [Ex: Participar dos encontros agendados, manter contato com o profissional de referência, expressar opinião e vontade] |
| <b>Cuidador(a) Familiar Principal</b> | [Ex: Garantir o autocuidado e o descanso nos momentos de suporte do Serviço, participar das Rodas de Diálogo]          |

|                                               |                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Outros Familiares/Rede de Apoio</b>        | [Ex: Participar da reavaliação periódica do PDU, contribuir para a convivência inclusiva]                                   |
| <b>Serviço PSB Domicílio (Equipe Técnica)</b> | [Ex: Cumprir a periodicidade de atendimento, realizar os encaminhamentos definidos no prazo, garantir a escuta qualificada] |

#### **ESCLARECIMENTOS ESSENCIAIS.**

O usuário e a família foram informados e compreenderam que:

1. A atuação do Serviço está limitada à disponibilidade de tempo e agenda pactuada.
  2. O Serviço não substitui o cuidado familiar e não realiza procedimentos técnicos de saúde (como injeções ou curativos complexos).
  3. O Serviço é complementar ao PAIF e às ações do SUAS.
  4. A adesão ao Serviço é voluntária e o Plano não foi imposto ao usuário.
  5. Disponibilidade de tempo para agendamento dos encontros e contatos
  6. Avaliação Participativa (Verificação dos objetivos e de permanência) a cada três meses.
-



# MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL

Estado do Paraná

## SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA DA FAMÍLIA

Av. José Campigotto - Centro, Laranjeiras do Sul - PR, 85302-150

Fone: (42) 3635-8100 - E-mail: [asocial@ls.pr.gov.br](mailto:asocial@ls.pr.gov.br)

### DECLARAÇÃO DE CONSENSO E COMPROMISSO:

As partes envolvidas declaram ter participado da construção deste Plano, compreendendo os objetivos, as limitações do Serviço e os compromissos assumidos. Havendo consentimento do usuário e familiar para a oferta no domicílio.

---

Assinatura do Usuário

---

Assinatura do Cuidador(a) Principal / Familiar

---

Assinatura do Profissional de Nível Superior (Referência Técnica)

Laranjeiras do Sul – Paraná - Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

**SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO  
PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO  
DE PERMANÊNCIA OU DESLIGAMENTO DO SERVIÇO**

Nome do Usuário \_\_\_\_\_

Data da Avaliação Atual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Período Avaliado: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Profissionais Envolvidos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participação (Usuário/Cuidador): Sim ( ☐ ) Não ( ☐ )

**FATORES QUE JUSTIFICAM A PERMANENCIA OU DESLIGAMENTO**

Esta seção deve indicar a existência de novas vulnerabilidades ou a superação das condições iniciais que justificaram a entrada no Serviço.

| Fator de Decisão                                                      | Avaliação<br>(Marque o<br>que se aplica)                          | Justificativa para a Decisão                                                                                   | Análise da equipe |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>2.1. Permanência<br/>Necessária<br/>(Vulnerabilidade Persiste)</b> | ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO | Necessidade de <b>suporte<br/>frequente de orientação</b> aos<br>cuidados familiares persiste.                 |                   |
|                                                                       | ( <input type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO | Necessidade de<br><b>acompanhamento de acesso</b> a<br>serviços/benefícios importantes<br>ainda não concluído. |                   |



**MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL**  
Estado do Paraná  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E  
SEGURANÇA DA FAMÍLIA**

Av. José Campigotto - Centro, Laranjeiras do Sul - PR, 85302-150

Fone: (42) 3635-8100 - E-mail: [asocial@ls.pr.gov.br](mailto:asocial@ls.pr.gov.br)

|                                                                      |                 |                                                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                      | ( ) SIM ( ) NÃO | Risco iminente de <b>violação de direitos/violência intrafamiliar</b> foi detectado (Requer articulação imediata com PAEFI/CREAS)                                |  |
| <b>2.2. Motivos para Desligamento (Metas Alcançadas/Inadequação)</b> | ( ) SIM ( ) NÃO | O usuário e a família <b>aderiram e concluíram</b> os objetivos centrais do PDU.                                                                                 |  |
|                                                                      | ( ) SIM ( ) NÃO | A família <b>não demonstra adesão</b> ou consentimento para a continuidade do atendimento no domicílio.                                                          |  |
|                                                                      | ( ) SIM ( ) NÃO | As demandas apresentadas são <b>exclusivas da área da saúde</b> e extrapolam o escopo do Serviço (O cuidador social não realiza procedimentos técnicos de saúde) |  |
|                                                                      | ( ) SIM ( ) NÃO | O usuário apresenta total <b>independência e autonomia</b> , e o serviço social continuado não se justifica mais no domicílio.                                   |  |
|                                                                      | ( ) SIM ( ) NÃO | Situação requer <b>Proteção Social Especial (PSE)</b> em função de violação de direitos que demanda acompanhamento pelo CREAS (PAEFI).                           |  |

**ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS**

| Decisão da Equipe (Em<br>Consenso com Usuário e<br>Família) | Ações Imediatas                                                                                                                             | Próxima Reavaliação Programada                 | Citação |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------|
| <b>( ) PERMANÊNCIA NO<br/>SERVIÇO</b>                       | <b>Readequação do PDU:</b> Novos<br>objetivos pactuados e ajuste<br>da periodicidade do<br>atendimento no domicílio.                        | Data: [A cada três meses]                      |         |
| <b>( ) DESLIGAMENTO</b>                                     | <b>Encaminhamento para a<br/>Rede de PSB:</b> Referência<br>mantida no CRAS, com<br>prioridade de participação<br>em SCFV.                  | Data: [Data de Efetivação do<br>Desligamento]  |         |
| <b>( ) ENCAMINHAMENTO<br/>E DESLIGAMENTO</b>                | <b>referenciamento para<br/>PSE/PAEFI (CREAS):</b> Enviar<br>relatório para<br>acompanhamento<br>especializado por violação de<br>direitos. | Data: [Data do<br>Encaminhamento/Desligamento] |         |

---

Assinatura do Usuário

---

Assinatura do Cuidador(a) Principal / Familiar

---

Assinatura do Profissional de Nível Superior (Referência Técnica)