



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE  
DIVISÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DIVISÃO DAS POLÍTICAS TRANSVERSAIS

**NOTA TÉCNICA Nº 11/2024**

**ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Porto Alegre, 29 de novembro de 2024

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
ESPECIFICIDADES NO CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	5
CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	7
Conhecer e identificar as pessoas com deficiência do território, realizando cadastro e registro .....	7
Identificar precocemente as deficiências, por meio do pré-natal e da atenção à saúde da criança .....	8
Elaborar e participar da execução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) .....	9
Acompanhar as pessoas com deficiência na perspectiva do cuidado integral, atuando nas UBS, domicílios e outros espaços do território e realizar visitas e atendimentos domiciliares às pessoas acamadas ou domiciliadas quando necessário.....	9
Ofertar práticas individuais e coletivas, incluindo as ações realizadas pelas equipes multiprofissionais (eMulti) .....	9
Acompanhar os cuidados em saúde das pessoas com estoma .....	10
Compartilhar o cuidado, identificar, avaliar e encaminhar pessoas com deficiência com necessidade e/ou que fazem uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) ao componente da atenção especializada ambulatorial e manter a comunicação entre os pontos de atenção .....	10
Realizar qualificação profissional por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) .....	11
CUIDADO NOS CICLOS DE VIDA .....	11
Direitos sexuais e reprodutivos .....	12
Rastreamento e detecção precoce na saúde da mulher .....	12
Assistência ginecológica .....	13
Acompanhamento pré-concepcional, do pré-natal e puerpério .....	13
Acompanhamento de famílias com bebês .....	14
Identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação da atenção à saúde da criança .....	14
SUORTE E ORIENTAÇÃO ÀS FAMÍLIAS E À REDE DE APOIO .....	17
REFERÊNCIAS.....	19

APÊNDICE .....	21
ANEXO .....	22

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é preconizada na legislação como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e ordenadora das redes de atenção à saúde, cuidando das pessoas e não apenas de doenças ou condições específicas. O cuidado à saúde da pessoa com deficiência deve se dar de forma articulada e contínua em todos os pontos de atenção do SUS, promovendo uma atenção humanizada, integral e longitudinal. Dessa forma, objetiva-se aproximar o cuidado ao ambiente cotidiano, da família e comunidades das pessoas com deficiência, ampliando seu acesso e qualificando o atendimento.

No Brasil, adota-se a definição de pessoa com deficiência elaborada em 2006 na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>1</sup>, na qual:

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

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD)<sup>2</sup> de 2022 estimam que 9,9% (1.116.000) da população total do Rio Grande do Sul seja de pessoas com deficiência, em sua maioria na faixa etária entre 60 e 69 anos (20,9%), mulheres (58%) e de cor branca (78,1%). Já a Pesquisa Nacional em Saúde<sup>3</sup> de 2019, estimou que 2,8% da população no Estado possuía deficiência visual, 1,5% deficiência auditiva, 5,2% deficiência física e 1,3% deficiência intelectual (PNS, 2019).

Além da APS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) do Rio Grande do Sul tem como componentes a Atenção Especializada Ambulatorial (Reabilitação Visual, Auditiva, Física e Intelectual), a Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência e serviços específicos para pessoas com Transtorno do Espectro Autista ([programa TEAcolhe](#)). Assim, esta Nota Técnica (NT) objetiva orientar os profissionais e equipes que atuam na APS sobre a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, ao longo do seu ciclo de vida, visando à qualificação das ações de promoção, prevenção e assistência, garantindo acesso e resolutividade preconizada para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A NT está dividida nas seguintes seções, apresentadas a seguir: **a) especificidades no cuidado à pessoa com deficiência; b) cuidado da pessoa com deficiência na APS; c) cuidado nos ciclos de vida e d) suporte e orientação às famílias e rede de apoio.**

## ESPECIFICIDADES NO CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Conforme o conceito de pessoa com deficiência, o que a diferencia das demais pessoas, em igualdade de condições, é a sua interação com as barreiras que se apresentam no dia a dia, inclusive no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde. A Lei Brasileira de Inclusão<sup>4</sup> conceitualiza barreira como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos, podendo ser de diversas categorias - urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas. O capacitismo, por sua vez, é entendido como qualquer tipo de discriminação e preconceito social praticado contra as pessoas com deficiência, de acordo com a [Cartilha “Combata o capacitismo”](#)<sup>5</sup>. Para saber mais sobre as barreiras que impedem a participação da pessoa com deficiência nos diferentes espaços, inclusive na APS, acesse a [Lei Brasileira de Inclusão](#) (Art. 3º, IV).

É tarefa de toda a sociedade atuar na prevenção e no enfrentamento às barreiras de acesso e ao capacitismo. Em relação às barreiras arquitetônicas, as unidades de saúde devem garantir estrutura física e equipamentos que atendam às necessidades individuais, podendo utilizar-se de adaptações razoáveis no ambiente para garantir que a pessoa com deficiência possa exercer o direito à saúde, em igualdade de condições com as demais pessoas<sup>4</sup>. Também, algumas estratégias tangíveis para promover o vínculo e a adesão das pessoas com deficiência aos cuidados de saúde referem-se às barreiras atitudinais - “atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas”<sup>4</sup>. No campo da saúde, a literatura traz como exemplos de barreiras atitudinais a comunicação do profissional apenas com o acompanhante, tratamento infantilizado ou paternalista, insensibilidade, comportamento grosseiro e falta de paciência e empatia<sup>6</sup>. Diante desse cenário, são relatados pelas pessoas com deficiência, por exemplo, sentimentos de vergonha, medo, insegurança e ansiedade em relação aos procedimentos, além da falta de autonomia<sup>7</sup>. Assim, no âmbito da APS, é importante que o profissional promova a autonomia da pessoa com deficiência, buscando valorizar o seu conhecimento sobre a sua saúde, dirigir-se a ela diretamente, tratá-la com respeito e dignidade de forma adequada à faixa etária, envolvê-la na tomada de decisões sobre sua saúde, além de questioná-la e ouvi-la sobre qual é a melhor maneira de auxiliá-la.

Nesse sentido, a superação das barreiras atitudinais está intrinsicamente relacionada à superação das barreiras nas comunicações, de forma que o profissional de saúde e o usuário necessitam criar estratégias que possibilitem a efetiva expressão e troca de informações, considerando as especificidades de cada situação. Nos casos de deficiência auditiva, nos locais que não dispõem de intérpretes da Língua Brasileira de Sinais (Libras), é importante que os profissionais de saúde estabeleçam junto com os usuários - e familiares ou acompanhantes, a depender da faixa etária, a forma de se comunicarem, conferindo autonomia para que aqueles se manifestem como se sentirem mais confortáveis. Embora não sejam os métodos ideais para uma comunicação efetiva e para promover a participação plena dos sujeitos no cuidado à sua saúde, pode-se fazer uso da comunicação escrita, da leitura labial, da presença de um acompanhante familiar ouvinte ou de gestos (mímicas)<sup>8</sup>. Para as pessoas com deficiência visual, deve-se reforçar na comunicação necessária para a orientação dos sentidos remanescentes, como o olfato, o tato e a audição, ultrapassando assim o que é tradicional, uma vez que a principal tecnologia utilizada para Educação em Saúde está em materiais visuais<sup>9</sup>. É importante que os profissionais de saúde realizem uma descrição detalhada do ambiente onde estão e dos procedimentos que serão realizados a fim de que as pessoas se sintam mais seguras nas situações de consultas e procedimentos, especialmente nos atendimentos ginecológicos.

Outro tema que merece destaque em relação às deficiências é a violência, especialmente por ser no âmbito familiar que situações de capacitismo e outras formas de violência costumam ocorrer<sup>10</sup>. Ademais, a interseccionalidade de fatores como raça, classe social e gênero aumenta o risco de haver algum tipo de violência. Nesse contexto, destaca-se que ser mulher e conviver com alguma deficiência estão dentre as condições de maior risco. Ao mesmo tempo, dentre a população com deficiência, a pessoa idosa é considerada grupo especialmente vulnerável<sup>4</sup>. É importante chamar a atenção para as formas de violência existentes, incluindo a negligência, o abandono e a violência física, sexual, psicológica, moral, patrimonial, institucional, as quais podem ser agravadas na presença de alguma deficiência.

Os profissionais da APS devem, a partir da identificação das situações de violência e acolhimento da vítima, realizar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da ficha 5.1 “Violência Interpessoal e Autoprovocada”, e proceder aos encaminhamentos para a rede de proteção. A violência é um agravo de notificação compulsória que não tem caráter punitivo, mas serve como instrumento de proteção<sup>11</sup>. No caso de violência sexual, a notificação deve ocorrer de forma imediata (no prazo de 24h)<sup>12</sup> por ser necessária uma tomada rápida de decisão para agilizar o atendimento à vítima e seu acesso às

medidas preconizadas. Por estes motivos é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos, em todos os atendimentos, a possíveis situações de violência.

## **CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, o cuidado à pessoa com deficiência tem como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com as equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes multiprofissionais (eMulti). Essas equipes devem atuar para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, contemplando as seguintes ações:

**Conhecer e identificar as pessoas com deficiência do território, realizando cadastro e registro:** a partir do processo de territorialização e mapeamento da sua área de atuação, as equipes devem identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, cadastrando e mantendo atualizado o cadastro da população do território, dentre essas, as pessoas com deficiência. As equipes devem identificar o número de pessoas com deficiência do território de abrangência (incluindo abrigos, residências inclusivas e população em situação de rua), qual tipo de deficiência cada uma possui e conhecer suas condições de vida: como é o convívio familiar, características da moradia, atividades de vida diária, grau de dependência causado pela deficiência, aspectos referentes à saúde mental do usuário e da família, utilização ou necessidade do uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPM.

Como ferramenta para a identificação das pessoas com deficiência no território é importante que seja realizado o preenchimento completo da ficha de cadastro individual da população adscrita, seja do PEC e-SUS APS ou ficha de cadastro correspondente, se utilizado prontuário eletrônico privado – detalhes na figura abaixo, conforme o Anexo I.

**Figura 1 – Ficha de Cadastro Individual.**

The image shows a digital registration form with several sections. The highlighted section, outlined in green, is titled "Tem alguma deficiência?" (Do you have any disability?). It includes a question "Se sim, qual(is)?" (If yes, which one(s)?) with three checkboxes: "Auditiva" (Hearing), "Intelectual / Cognitiva" (Intellectual / Cognitive), and "Física" (Physical). There is also an "Outra" (Other) checkbox. Above this section, there are other form fields: "Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica?" (Children 0 to 9 years, with whom do they live?) with options for "Adulto responsável" (Responsible adult), "Outra(s) criança(s)" (Other child(ren)), "Adolescente" (Adolescent), "Sozinha" (Alone), "Creche" (Nursery), and "Outro" (Other); "Frequenta cuidador tradicional?" (Attends traditional caregiver?) with "Sim" (Yes) and "Não" (No) options; "Participa de algum grupo comunitário?" (Participates in any community group?) with "Sim" and "Não" options; "Possui plano de saúde privado?" (Has private health plan?) with "Sim" and "Não" options; "É membro de Povo ou Comunidade Tradicional ou Campo, Floresta e Águas?" (Is a member of Traditional People or Community, Field, Forest and Waters?) with "Sim" and "Não" options, and a dropdown for "Se sim, qual?" (If yes, which one?); "Deseja informar orientação sexual?" (Do you want to report sexual orientation?) with "Sim" and "Não" options, and a dropdown for "Se sim, qual?" (If yes, which one?) with options: "Heterossexual", "Gay", "Lésbica", "Bissexual", "Assexual", "Pansexual", and "Outro"; and "Deseja informar identidade de gênero?" (Do you want to report gender identity?) with "Sim" and "Não" options, and a dropdown for "Se sim, qual?" (If yes, which one?) with options: "Homem cisgênero", "Mulher cisgênero", "Homem transgênero", "Mulher transgênero", "Travesti", "Não-Binário", and "Outro".

**Fonte:** SAPS/MS, disponível em [Coleta de Dados Simplificada \(CDS\) | Estratégia e-SUS APS \(saps-ms.github.io\)](#), acesso em 08/2024.

**Realizar acolhimento, classificação de risco e de vulnerabilidade para pessoas com deficiência:** a unidade de saúde deve acolher todos os indivíduos do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes, procurando sempre garantir a acessibilidade física e comunicativa aos usuários. O acolhimento humanizado das pessoas com deficiência na APS vincula os usuários ao serviço, bem como fortalece a eficácia e continuidade das ações de saúde, impactando também na participação e inclusão deste usuário no cuidado e tomada de decisão. O acolhimento não se dá apenas na chegada do usuário na unidade de saúde, mas em todo processo de cuidado e na articulação entre os serviços da rede. Esse processo deve identificar, também, as especificidades de cada deficiência para melhor acolhimento e acesso, visando reduzir ou eliminar as barreiras e limitações que impedem o cuidado.

O acolhimento com classificação de risco permite a identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, o que corresponde à priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência. Identificar e conhecer a quais tipos de vulnerabilidade as pessoas com deficiência e suas famílias estão expostas, no contexto da comunidade, fornecerá aos profissionais subsídios para qualificação do seu acompanhamento, além de promover apoio às famílias e atuar na prevenção de agravos<sup>13</sup>. Para mais informações sobre acolhimento na APS, acessar: [Guia Acolhimento na APS](#)

**Identificar precocemente as deficiências, por meio do pré-natal e da atenção à saúde da criança:** as equipes devem estar atentas aos riscos e atrasos de desenvolvimento em recém-nascidos e crianças, avaliando e encaminhando a outros serviços, se necessário, em busca de intervenção oportuna e cuidado integral à criança e à família. Também devem realizar busca ativa e acompanhamento na APS mesmo quando o tratamento requerer encaminhamento a outro nível de atenção<sup>14,15</sup>. Nos municípios onde a política Primeira Infância Melhor (PIM) estiver implantada, os visitantes do PIM devem, além de contribuir nessa busca ativa,

promover atividades de estímulo ao desenvolvimento infantil na perspectiva de fortalecimento dos vínculos e competências familiares. Para saber mais sobre a atuação do PIM na identificação precoce de deficiências na APS acesse o caderno [O PIM como estratégia intersetorial da Atenção Primária à Saúde](#).

**Elaborar e participar da execução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS):** o PTS se configura em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas que resultam da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, objetivando atender as especificidades de cada sujeito e cada demanda. Desse modo é fundamental que seja elaborado em conjunto com a pessoa com deficiência, família e equipamentos intra e intersetoriais, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde das pessoas com deficiência do território. Para mais informações sobre a elaboração do PTS<sup>16</sup>, acessar: [Guia Projeto Terapêutico Singular na APS](#)

**Acompanhar as pessoas com deficiência na perspectiva do cuidado integral, atuando nas UBS, domicílios e outros espaços do território e realizar visitas e atendimentos domiciliares às pessoas acamadas ou domiciliadas quando necessário:** o acompanhamento da saúde de pessoas com deficiência na APS deve ser contínuo, refletindo o compromisso com o cuidado integral, para além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, como também para doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de assistência como por exemplo: pré-natal, vacinação, puericultura, consultas programadas e demanda espontânea, atendimentos odontológicos e articulação com outros serviços de atenção à saúde. O cuidado às pessoas com deficiência deve ser realizado não somente nas UBS, mas também nos diferentes espaços de moradia. Além disso, as equipes devem ofertar apoio e orientação às famílias, cuidadores e acompanhantes<sup>14,15</sup>. Salienta-se ainda a importância dos agentes comunitários de saúde e visitantes do PIM na identificação das necessidades e demandas das pessoas com deficiência no território, incluindo aquelas que não se relacionam apenas às questões de saúde, mas de direitos e acesso a serviços como um todo, com base na integralidade do cuidado.

**Ofertar práticas individuais e coletivas, incluindo as ações realizadas pelas equipes multiprofissionais (eMulti):** ofertar e incluir as pessoas com deficiência em atividades como: práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), atividades físicas, grupos, oficinas terapêuticas ou outro tipo de intervenção para prevenção e minimização de quadros de dor, alterações de mobilidade, linguagem, memória e cognição, entre outros. Também podem ser ofertadas ações de promoção à saúde e orientação por meio do Programa Saúde na Escola

(PSE) aos educadores, famílias e comunidade escolar<sup>14,15</sup>. As PICS são abordagens terapêuticas que têm como objetivo a prevenção de agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, que pressupõe o usuário/paciente na sua integralidade física, mental, emocional, social, ambiental e espiritual, na sua singularidade e integrado à sua coletividade. Uma das ideias centrais dessa abordagem é uma visão ampliada do processo saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral, e especialmente do autocuidado<sup>17</sup>.

**Acompanhar os cuidados em saúde das pessoas com estoma:** conforme a Portaria SAS/MS nº 400 de 2009, a APS tem papel importante nas ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações relacionadas às estomias. Demais ações como fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, tratamento de complicações nas estomias e capacitação de profissionais devem ser desenvolvidas nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas (I e II)<sup>18</sup>. Para saber mais acesse o [Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia](#).

**Compartilhar o cuidado, identificar, avaliar e encaminhar pessoas com deficiência com necessidade e/ou que fazem uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) ao componente da atenção especializada ambulatorial e manter a comunicação entre os pontos de atenção:** a partir do acompanhamento da pessoa com deficiência na APS, pode ser identificada a necessidade de encaminhamento para tratamento ou avaliação em serviço especializado da RCPcD de referência. Usuários com necessidade de atendimento em pelo menos duas especialidades (por exemplo fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional) e/ou utilização de órteses, próteses e materiais especiais, inclusive meios auxiliares de locomoção, também possuem indicação para encaminhamento ao serviço de reabilitação referência do município de sua residência. Desta forma, é necessário o conhecimento dos serviços disponíveis na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, assim como dos protocolos de encaminhamento estabelecidos pela rede de saúde, o que inclui os critérios de elegibilidade para cada tipo de serviço e como acessá-los.

Para verificar os serviços de referência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e do Programa TEAcolhe acesse o endereço <https://saude.rs.gov.br/referencias-hospitalares> e realize as seguintes ações: (1º) selecione o município de residência do usuário; (2º) na especialidade, clique em “Atenção à Pessoa com Deficiência”. O encaminhamento para estes serviços deverá ser realizado por profissional de nível superior da APS. É importante salientar que as condições clínicas deverão ser apresentadas de acordo com os protocolos de

encaminhamento para Reabilitação, disponíveis no menu “ajuda” do sistema Gercon e em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>.

As equipes da APS deverão manter o vínculo e o acompanhamento dos usuários encaminhados, compartilhando o cuidado com os demais pontos e níveis de atenção. É imprescindível que haja comunicação efetiva entre a APS e os serviços especializados em reabilitação existentes para discussão de casos, complementação de informações, cuidado compartilhado durante o processo de reabilitação e apoio na contrarreferência desses usuários à APS. Dentre as metodologias de comunicação entre os profissionais da APS e da atenção especializada (AE), podem ser utilizadas estratégias como: discussões clínicas compartilhadas para análise de casos, matriciamento com elaboração de PTS e criação de grupos de trabalho entre APS, AE e representantes da gestão, visando à melhoria da comunicação e da qualidade da atenção<sup>19</sup>.

**Realizar qualificação profissional por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS):** considerando que temas específicos à população com deficiência, tais como o capacitismo, possam ser ainda pouco disseminados, a qualificação das equipes se faz necessária. Para isso, a EPS é uma forma de aprendizagem no ambiente de trabalho, em que se observam as necessidades dos usuários, da equipe, da gestão e do controle social. Em conjunto com a educação continuada, ou seja, a qualificação técnica individual, a EPS potencializa a qualificação profissional por levar em consideração elementos concretos do cotidiano do trabalho e evidências de qualidade disponíveis. Temas como acessibilidade, anticapacitismo e participação social podem ser explorados a partir de casos e situações reais do trabalho das equipes, proporcionando aos profissionais maior confiança e segurança no acolhimento, escuta e atendimento das pessoas com deficiência, bem como o reconhecimento do território e a situação de saúde da comunidade. Nesse sentido, essa estratégia pode propiciar às pessoas com deficiência o estabelecimento do cuidado longitudinal com o fomento da qualidade da assistência.

## **CUIDADO NOS CICLOS DE VIDA**

O cuidado à pessoa com deficiência deve se dar em sua integralidade, para além da deficiência, pensando em todas as questões de saúde envolvidas **ao longo do ciclo de vida**. Os profissionais devem estar atentos às necessidades de saúde, não realizar julgamentos e ofertar a assistência adequada a cada pessoa, independente da faixa etária. O acesso e cuidado à saúde

deve ocorrer sem nenhum tipo de preconceito, observando a interseccionalidade do indivíduo com vistas a promoção de sua autonomia. A seguir, são apresentadas algumas especificidades no cuidado à pessoa com deficiência nos ciclos de vida.

**Direitos sexuais e reprodutivos:** crenças e percepções negativas difundidas socialmente implicam na visão de que pessoas com deficiência são assexuadas, e as mulheres, incapazes de ter filhos e ser mães, o que inibe a procura por cuidados de saúde. Cumpre esclarecer que **as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida** têm os mesmos direitos sexuais e reprodutivos que quaisquer outras mulheres, assim como, o direito à vida sexual ativa, a vivência de experiências corporais e emocionais que intensifiquem o prazer sexual, afetivo e amoroso. O reconhecimento de suas especificidades também deve integrar o cuidado das equipes de saúde, assim como o combate aos estigmas a elas relacionados<sup>20</sup>. Nesse sentido, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher do RS<sup>21</sup> atua para promover a atenção integral à saúde das mulheres nos seus diferentes ciclos de vida, tendo em vista as questões de gênero, de orientação sexual, de raça/etnia e os determinantes e condicionantes que impactam na saúde e na vida das mulheres.

**Rastreamento e detecção precoce na saúde da mulher:** ações que merecem destaque nesse contexto, no âmbito da atenção primária, são as de rastreamento e detecção precoce de doenças. Em relação à prevenção e rastreamento por câncer de mama, o exame clínico das mamas (ECM) deve ser realizado para investigação de sinais e/ou sintomas suspeitos de câncer. Destaca-se que não há distinção entre mulheres com ou sem deficiência nas recomendações brasileiras, devendo aquelas com deficiência serem rastreadas nas mesmas condições da população em geral<sup>22</sup>. No entanto, a literatura aponta que mulheres com deficiência têm maior risco de receberem o diagnóstico de câncer de mama tardiamente, visto que podem apresentar dificuldade em realizar o autoexame das mamas e são submetidas à mamografia com menor frequência em relação às demais<sup>23</sup>. Durante o exame, caso haja limitação motora ou restrição para a realização do exame, deve-se perguntar para a mulher quais as posições em que ela se sente mais confortável. Em relação ao rastreamento para câncer do colo do útero, deve ser realizado na faixa etária de 25 a 64 anos em todas as pessoas com colo do útero com qualquer tipo de deficiência, que já tenham iniciado atividade sexual. Dentre as razões que levam a uma baixa cobertura nesse rastreamento em mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida, verifica-se tanto a dificuldade de transporte e acesso como questões relacionadas à postura dos profissionais de saúde, como resistência, discriminação ou despreparo técnico, barreiras que podem afastá-las da unidade de saúde.

**Assistência ginecológica:** o cuidado ginecológico às pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida também pode ser influenciado por barreiras atitudinais, comunicacionais, estruturais, financeiras e informacionais. Destaca-se ainda a carência de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a realização de procedimentos ginecológicos mediante as necessidades específicas desse grupo<sup>23</sup>. De acordo com o Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida, algumas abordagens podem auxiliar no atendimento clínico-ginecológico dessas mulheres, como perguntar a elas o que pode ser feito para que o exame ginecológico seja confortável. Isso pois algumas pessoas com deficiência e mobilidade reduzida podem ter dificuldade de ficar muito tempo na posição ginecológica tradicional. Diante disto, oferecer a possibilidade de uma posição alternativa, durante o exame, auxilia para o cuidado individualizado e humanizado, como por exemplo: deitada de barriga para cima com os pés na mesa ginecológica, ou deitada de lado com as pernas dobradas.

**Acompanhamento pré-concepcional, do pré-natal e puerpério:** recomenda-se que sejam seguidas as orientações do Guia do pré-natal e puerpério na APS<sup>24</sup>, bem como as recomendações mais específicas para mulheres e pessoas que gestam com deficiência e mobilidade reduzida do [Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida do Ministério da Saúde](#). Informações adicionais podem ser obtidas também no Guia de Direitos e Saúde Sexual das Pessoas com Deficiência<sup>25</sup>, o qual traz pontos essenciais para o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. Quando optam por gestar, as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida devem receber assistência pré-natal por equipe multiprofissional qualificada, considerando as suas necessidades de saúde, diversidade de raça, etnia, território, classe e orientação sexual<sup>20</sup>. Cumpre ressaltar que a estratificação do risco deve ser realizada em cada uma das consultas do pré-natal, e que algumas deficiências estão associadas com aumento de riscos na gestação, devendo ser avaliadas individualmente.

Caso a mulher ou a pessoa que gesta for diagnosticada com alguma patologia que ofereça risco a sua vida, se houver o diagnóstico de anencefalia ou se a gravidez for resultado de violência sexual, deve ser ofertada a interrupção legal da gestação (aborto legal) conforme direito pelo Código Penal Brasileiro<sup>26</sup> e ADPF, nº 54<sup>27</sup>. Ademais, pode ser indicado, pelas equipes da APS, o acompanhamento pelos visitantes do PIM prioritariamente para gestantes adolescentes, em vulnerabilidade social e em gestação de alto risco. A indicação do acompanhamento do PIM, por meio de visitas domiciliares, intensifica o cuidado ofertado pelos demais serviços da rede, colabora na construção de planos singulares de atendimento e propicia apoio às famílias.

**Acompanhamento de famílias com bebês:** o acesso da dupla mãe-bebê à Atenção Primária em Saúde já na primeira semana de vida do recém-nascido é uma oportunidade de prevenção de agravos e promoção de saúde para ambos, assim como viabiliza a identificação de sinais de alerta. Para isso, torna-se fundamental a implantação da estratégia do 5º dia de Saúde Integral, que contempla um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê, tais como: consulta de pós-parto para a mulher com verificação da Caderneta da Gestante, orientações sobre o planejamento familiar, vacinação, apoio e incentivo ao aleitamento materno, vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, agendamento da próxima consulta do bebê, triagens neonatais, orientações quanto aos primeiros cuidados com o recém-nascido, prevenção de acidentes e consulta do bebê com verificação dos registros na Caderneta da Criança<sup>28</sup>. É fundamental, também, que as equipes estimulem a participação do pai/parceiro(a) durante esse processo, com o objetivo de qualificar o bem-estar biopsicossocial de toda a família<sup>29</sup>.

**Identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação da atenção à saúde da criança:** nesse contexto, confere-se destaque para as Triagens Neonatais, as quais têm como objetivo identificar precocemente doenças e/ou deficiências em tempo oportuno, visando garantir o acompanhamento, intervenção e reabilitação, quando necessário, com a maior brevidade possível. As triagens são compostas pela triagem neonatal biológica, também conhecida como Teste do Pezinho (TP), os Testes do Olhinho que devem ser feitos antes da alta hospitalar e o Teste da Orelhinha (TAN) até o 30º dia de vida<sup>30</sup>. Cumpre destacar que o Teste do Pezinho deve ser realizado entre o 3º e 5º dia de vida nas Unidades Básicas de Saúde e encaminhado, através dos Correios, ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal do RS (SRTN/RS), localizado no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), em Porto Alegre. Em relação a TAN ou Teste da Orelhinha, deve ser realizada ainda na maternidade antes da alta hospitalar ou no máximo até o 30º dia de vida em todos os recém-nascidos, mesmo naqueles sem indicador de risco. Salienta-se que a presença ou ausência de indicadores de risco para deficiência auditiva deve orientar as condutas de diagnóstico e acompanhamento das famílias e crianças. Nas situações em que a criança “falha”, é necessária a realização do reteste, com o propósito de descartar a possibilidade de perda auditiva ou encaminhar a criança para realizar o diagnóstico, que deve ser feito até 3 meses de vida.

Ademais, nos municípios onde o PIM estiver implantado, a metodologia de acompanhamento dos visitantes contribui para a vigilância do desenvolvimento infantil, favorecendo a identificação precoce de crianças com atrasos ou deficiência. Além disso, os visitantes do PIM desempenham um papel essencial ao acolher as preocupações e auxiliar

pais ou cuidadores em suas diversas necessidades no cuidado da criança com deficiência, fortalecendo o vínculo, estimulando a parentalidade positiva e prevenindo violências.

A possibilidade de cuidado dessas crianças na atenção primária em saúde deve considerar a complexidade do atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNP) e a disponibilidade de diferentes profissionais nas equipes, uma vez que em algumas situações não há necessidade de alta densidade tecnológica. Ainda, os profissionais podem realizar estimulação precoce, abordagem de caráter sistemático e sequencial destinada a estimular o desenvolvimento infantil, por meio de ações desenvolvidas junto com a família<sup>31</sup>. Entende-se que o envolvimento e o acesso a orientações em saúde por parte dos pais e/ou cuidadores dessas crianças são essenciais para sua participação ativa nos cuidados a ela dispensados, propiciando que a estimulação do neurodesenvolvimento ocorra de forma mais natural, afetuosa e integrada ao cotidiano da família.

**Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida:** considerando os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o acompanhamento do recém-nascido de risco por profissionais de saúde deve ser mensal. Ressalta-se também sobre a importância de visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde na primeira semana de vida e/ou após a alta hospitalar<sup>32,33</sup>. Nas visitas domiciliares ou consultas, a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta, como atraso na aquisição e desenvolvimento neuropsicomotor, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em manter o contato visual com a mãe e objetos a sua volta, bem como ausência de resposta aos estímulos sonoros<sup>34</sup>. O Rio Grande do Sul habilita, através da Portaria SES N° 104/2024<sup>35</sup>, os Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no RS, como tipo de serviço fazendo jus a recursos estaduais, para garantir de forma regionalizada, o acompanhamento diferenciado por equipe multidisciplinar aos recém-nascidos de risco que recebem alta hospitalar. As consultas de seguimento se propõem a acompanhar os prematuros egressos de UTIN com a finalidade de prevenir e minimizar complicações decorrentes da prematuridade e/ou possíveis deficiências. Já na primeira consulta ambulatorial devem ser agendadas as consultas subsequentes e estabelecida a contrarreferência com a APS que deve ocorrer através de consultas mensais. Dessa forma, fica estabelecido o cuidado compartilhado entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada, além de promover a vinculação da criança à APS pela qual será acompanhada exclusivamente quando receber alta do Ambulatório de Seguimento de Egressos de UTIN.

**Envelhecimento saudável:** a construção de um envelhecimento saudável e em condições de dignidade passa pela necessária atenção ao contexto em que a vida se desenrola. A principal finalidade da atenção à saúde da pessoa idosa converge com a perspectiva de cuidado à pessoa com deficiência: a manutenção da capacidade funcional (considerando a diversidade de perfis) e autonomia, no ambiente em que ela está inserida, em convívio com a família, amigos, comunidade. O estímulo é para que essa pessoa possa alcançar um máximo de vida ativa<sup>36</sup>. Vale salientar que o Rio Grande do Sul tem o maior percentual de pessoas idosas do país: 20,15% dos residentes possuem 60 anos ou mais<sup>37</sup>.

Embora o declínio funcional e limitações físicas, sensoriais e intelectuais não sejam consequências diretas do envelhecimento, a prevalência de incapacidades aumenta com a idade<sup>38</sup>. A perda de funcionalidade no envelhecimento é compreendida pela Organização Mundial da Saúde<sup>39</sup> como um declínio de funções provocada pelo desuso, doenças, fatores comportamentais, fatores psicológicos e fatores sociais, mais do que pelo envelhecimento biológico em si. É necessário apontar uma breve distinção sobre quem é a pessoa idosa com deficiência à qual nos referimos: 1) aquela pessoa com deficiência (congenita ou adquirida), que se torna idosa; e 2) a pessoa idosa que, por decorrência de doença crônica ou outro evento, desenvolva uma perda ou redução sensorial, física ou cognitiva. Os distintos contextos devem ser considerados, pois as pessoas com deficiência, “havendo sofrido exclusões sistemáticas ao longo da vida, podem mostrar-se especialmente vulneráveis aos desafios presentes no processo de envelhecimento e na vivência da velhice”<sup>40</sup>.

A identificação da pessoa idosa vulnerável deve ser um processo rotineiro na Atenção Primária à Saúde e o ponto de partida para a organização das respostas às demandas dessa população. Para tanto, a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) torna-se uma ferramenta-chave. Através de um instrumento simples e de rápida aplicação pelas equipes da APS, como o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), é possível o reconhecimento precoce da condição clínico-funcional, auxiliando no manejo do cuidado diante das vulnerabilidades a desfechos adversos. Para mais informações acesse o [Manual de Aplicação do IVCF-20: Orientações para Profissionais da Atenção Primária](#).

A atenção domiciliar se configura como modalidade oportuna para o cuidado da pessoa idosa com deficiência, sendo esta residente em moradia individual ou moradia coletiva (Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI). Nestas visitas, é possível realizar a AMD para estratificar o risco, de forma a conhecer quais usuários podem ser acompanhados na APS e quais precisam de atendimento domiciliar. Nesses atendimentos, as orientações sobre prevenção de quedas tornam-se recurso estratégico, já que as quedas representam a principal

causa de acidente da pessoa idosa. O profissional poderá abordar os riscos que o ambiente possibilita e propor as mudanças, caso necessário. Orientações sobre a circulação de animais domésticos, luminosidade, utilização de tapetes, disposição da mobília, altura da cama/sofá, cuidados necessários no banheiro, escada, piso escorregadio, disposição das prateleiras e interruptores, armários, uso de equipamentos como muletas, andadores ou bengalas e utilização de calçados adequados, integram o rol de “alertas” das visitas domiciliares (para mais detalhes, [acesse a Casa Segura e conheça os pontos que devem ser observados](#)).

## **SUPORTE E ORIENTAÇÃO ÀS FAMÍLIAS E À REDE DE APOIO**

O cuidado diário às pessoas com deficiência, geralmente sob a responsabilidade da família, pode exigir extensos e permanentes períodos de dedicação, os quais podem ocasionar aos cuidadores diminuição das atividades laborais e de lazer, além da negligência em relação à sua própria saúde<sup>42</sup>. Ademais, famílias e cuidadores de pessoas com deficiência podem vivenciar, devido a condição (se congênita ou adquirida) e especificidades da deficiência, dúvidas e preocupação quanto ao desenvolvimento, comorbidades, quando presentes, e capacidade de conduzir a vida de modo independente do seu familiar. Nesse sentido, as equipes da atenção primária à saúde têm papel essencial em acolhê-los e disponibilizar momentos de escuta e orientação, tanto em consultas como durante as visitas domiciliares – se/quando houver, não se limitando a uma oportunidade ou espaço físico.

Nos casos de suspeita ou confirmação de diagnósticos, recomendam-se alguns cuidados em relação à comunicação com a família, tendo em vista que o momento de recebimento da notícia pode ter impacto em sua adesão ao tratamento<sup>42</sup>. A conversa deve ser conduzida preferencialmente pelo profissional da equipe que possuir maior vínculo com a família, que poderá constituir-se como referência durante todo acompanhamento. O profissional em questão deve manter uma postura ética e acolhedora e comunicar-se com clareza e concisão, mostrando-se disponível para sanar as dúvidas da família. É necessário que o ambiente seja reservado e protegido de interrupções; a apresentação do diagnóstico ou suspeita deve ser complementada pela sugestão de tratamento, e o encaminhamento deve ser realizado de forma imediata, respeitando-se, ao mesmo tempo, o tempo de elaboração da família sobre a notícia. Também é importante mostrar à família que ela não está sozinha nesse processo e que sua autonomia será respeitada na tomada de decisões<sup>42</sup>.

Dependendo da faixa etária e natureza da deficiência, pode haver necessidade de informações mais específicas sobre seu impacto no desenvolvimento e relação familiar, por exemplo, requerendo auxílio e/ou intervenção de um profissional especializado. Inclusive o encaminhamento para outro serviço da rede pode ser fonte de incertezas, tanto em relação ao fluxo de acesso como tempo de espera para ingresso ou, em alguns casos, o recebimento de órteses, próteses e materiais especiais. Considerando o vínculo estabelecido com as famílias do seu território e a perspectiva da integralidade do cuidado, entende-se que, ao acolher e orientar as famílias e cuidadores das pessoas com deficiência, as equipes possibilitam a qualificação do cuidado como um todo. Nesse sentido, os atendimentos e serviços voltados aos familiares e cuidadores devem ser orientados pelas necessidades específicas da etapa do ciclo vital familiar em que se encontram, e devem atuar na promoção da resiliência familiar, isto é, a capacidade familiar de desenvolver-se mesmo diante de um contexto estressante, como problemas de saúde<sup>42</sup>.

É necessário que a Atenção Primária à Saúde seja espaço de escuta, acolhendo as demandas de forma legítima e livre de julgamentos e orientando sobre o cuidado e vivência cotidiana, uma vez que suas equipes fazem parte da rede extrafamiliar da pessoa com deficiência. Destaca-se ainda a relevância da atuação integrada equipe, família, comunidade – incluindo as demais redes de apoio - e os equipamentos sociais disponíveis, a fim de potencializar tanto a abordagem integral centrada na família como a orientação comunitária.

## REFERÊNCIAS

1. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Decreto Legislativo n.º N° 186, 2008 (Brasil).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua, 2022 (Brasil).
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (Brasil).
4. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Lei nº 13.146, 2015 (Brasil).
5. Combata o capacitismo. Programa de Fomento ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico Aplicado à Saúde Pública, Ensp/Fiocruz, 224 (Brasil).
6. Clemente KAP, Silva SV, Vieira GI, Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Rev Saude Publica.* 2022;56:64. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>.
7. Geraldo JPB e Andrade SMO. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, e25811629082, 2022.
8. Oliveira YCA, Celino SDM e Costa GMC. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Rev. Saúde Coletiva*, 25 [ 1 ]: 307-320, 2015.
9. Bezerra CP, Nicolau AI, Bezerra GP, Machado MM, Pagliuca LM. Acesso aos serviços de saúde por mães cegas: dos enfrentamentos aos ensinamentos. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190197.
10. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Viver sem Limite. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2023.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº104, de 25 de Janeiro de 2011 (Brasil)
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de Junho de 2014 (Brasil)
13. Secretaria Estadual de Saúde. Acolhimento na atenção primária à saúde, Novembro de 2022 (Rio Grande do Sul).
14. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência, 2024 (São Paulo).
15. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de Outubro de 2023 (Brasil)
16. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde, Maio de 2022 (Rio Grande do Sul).
17. Secretaria Estadual de Saúde. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, Março de 2015 (Rio Grande do Sul).
18. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia, 2021 (Brasil)
19. Almeida HB et al. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(2):e00022020.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
21. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 064/10 - Comissão Intergestores Bipartite, 22 de Março de 2010 (Rio Grande do Sul).
22. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária. Caderno 29: Rastreamento, 2010 (Brasil).
23. Carvalho CFS, Brito RS, Medeiros SM. Análise contextual do atendimento ginecológico da mulher com deficiência física. *Rev Gaúcha Enferm* 35 (4): 2014.
24. Secretaria Estadual de Saúde. Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde, 2024 (Rio Grande do Sul).

25. Costa, LS. et al. Direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência. 3ª ed.– revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2024.
26. Casa Civil. Decreto-Lei nº 2.848. Código Penal, 1940 (Brasil).
27. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº54, 2005-2012, (Brasil).
28. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. Passaporte da Cidadania. 7ª edição. Brasília-DF, 2024 (Brasil).
29. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, 2016 (Brasil).
30. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 (Brasil).
31. Ministério da Saúde. Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação, 2023 (Brasil)
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) (Brasil).
34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Brasil).
35. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 101/2024 (Rio Grande do Sul).
36. Paschoal SMP, Salles RFN, Franco RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
38. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2017 (Brasil).
39. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005
40. Mais Diferenças. Envelhecimento e deficiência: uma revisão da literatura. São Paulo, 2019.
41. Manual de Aplicação do IVCF-20: Orientações para Profissionais da Atenção Primária.
42. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Brasil)

## APÊNDICE

### Lista de materiais úteis para o cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência na APS

1. [Cartilha “Combata o capacitismo” — Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania](#)
2. [Casa Segura](#)
3. [Diretrizes estimulação precoce](#)
4. [Coleta de Dados Simplificada \(CDS\) | Estratégia e-SUS APS \(saps-ms.github.io\)](#),
5. [Ficha o SINAN - Violência Interpessoal e Autoprovocada](#)
6. [Guia Acolhimento na APS](#)
7. [Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida](#)
8. [Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia](#)
9. [Guia de direitos e saúde sexual das pessoas com deficiência](#)
10. [Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde](#)
11. [Guia Projeto Terapêutico Singular na APS](#)
12. [Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica](#)
13. [Lei Brasileira de Inclusão](#)
14. [Lei nº 14.154/2022 - ampliação do teste de triagem neonatal para todas as crianças nascidas no território nacional](#)
15. [Manual de Aplicação do IVCF-20: Orientações para Profissionais da Atenção Primária](#)
16. [Mapa de oferta de PICS no RS](#)
17. [Nota Técnica da Fibromialgia](#)
18. [Nota Técnica Conjunta nº 52/2023- Avaliação do Frênulo Lingual](#)
19. [Orientação sobre Ampliação da Triagem Neonatal \(Teste do Pezinho\) para Toxoplasmose Congênita no Rio Grande do Sul no Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#)
20. [O PIM como estratégia intersetorial da Atenção Primária à Saúde](#)
21. [Programa Nacional de Triagem Neonatal](#)
22. [Protocolos de encaminhamento para Reabilitação](#)
23. [Referências hospitalares por município no RS](#)
24. [Lei Estadual nº15.322/2019 - institui a Política de Atendimento Integrado à Pessoa com Transtornos do Espectro Autista no Estado do Rio Grande do Sul](#)

## ANEXO - Ficha de cadastro individual

	<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR: _____	DATA: / /
		CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____

  

CNS DO PROFISSIONAL* _____	CBO* _____	CNES* _____	INE* _____	DATA* / /
----------------------------	------------	-------------	------------	-----------

  

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>			
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO*</b>		<b>CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?</b>	<b>CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR</b>
_____ <small>CPF</small>		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____ <small>CPF</small>
			<b>MICROÁREA*</b>
			<input type="checkbox"/> FA

  

<b>NOME COMPLETO:*</b> _____			
<b>NOME SOCIAL:</b> _____		<b>DATA DE NASCIMENTO:*</b> / /	<b>SEXO:*</b> <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
<b>RAÇA/COR:*</b> <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		<b>Etnia:**</b> _____	<b>Nº NIS (PIS/PASEP)</b> _____
<b>NOME COMPLETO DA MÃE:*</b> _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
<b>NOME COMPLETO DO PAI:*</b> _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
<b>NACIONALIDADE:*</b> <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		<b>PAÍS DE NASCIMENTO:**</b> _____	<b>DATA DE NATURALIZAÇÃO:**</b> / /
<b>PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**</b> _____		<b>MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**</b> _____	
<b>DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**</b> / /		<b>TELEFONE CELULAR:</b> ( ) _____	<b>E-MAIL:</b> _____

  

<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR</b>	
<input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	
<b>OCUPAÇÃO</b> _____	
<b>FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?</b>	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Nenhum
<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b>	
<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	

  

<b>CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?</b> <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro			
<b>FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		<b>POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
		<b>SE SIM, QUAL?</b> _____	
<b>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?*</b>		<b>DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?*</b>	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>SE SIM, QUAL?*</b>		<b>SE SIM, QUAL?*</b>	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não-Binário <input type="radio"/> Outro	
<b>TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*</b>			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
<b>SE SIM, QUAL(IS)?</b>			
<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra			

  

<b>INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)</b>	
<b>NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?</b>	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?</b>	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

  

<b>SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO</b>	
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	
<b>SE ÓBITO, INDIQUE:</b>	
Data do óbito:** / /      Número da DO.: _____	

  

<b>TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
_____ Assinatura	

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATORIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.

**FA:** Fora de Área

**\*Campo obrigatório**

**\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

**Fonte:** SAPS/MS, disponível em [Coleta de Dados Simplificada \(CDS\) | Estratégia e-SUS APS \(saps-ms.github.io\)](https://github.com/saps-ms/Coleta-de-Dados-Simplificada-(CDS)-Estrategia-e-SUS-APS), acesso em 08/2024.