



UBS

Acessível

e

Inclusiva

Acesso de pessoas com deficiência
na Atenção Primária de Saúde

ORGANIZADORES

Érico Gurgel Amorim | Éverton Luis Pereiro
Alessandra Martins dos Reis

Expediente

Ministério da Saúde (MS)

**Secretaria de Gestão do Trabalho
e Educação na Saúde (SGTES)**

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS)

Luiz Inácio Lula da Silva

Presidente da República

Geraldo Alckmin

Vice-Presidente da República

Alexandre Rocha Santos Padilha

Ministro da Saúde

Adriano Massuda

Secretário-Executivo
do Ministério da Saúde

Felipe Proença De Oliveira

Secretário de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

André Longo Araújo de Melo

Diretor-Presidente da Agência
Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

Luciana Maciel de Almeida Lopes

Diretora de Atenção Integral à Saúde
da Agência Brasileira de Apoio à Gestão
do SUS

Williames Pimentel de Oliveira

Diretor de Operações da Agência
Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

Laíse Rezende de Andrade

Gestora Executiva da Unidade
de Ensino e Pesquisa da Agência
Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

Flávia Cristiane da Silva

Coordenação de Aperfeiçoamento
Profissional

Rayssa Vieira Brandão Ferreira

Supervisora do AVA AgSUS da
Coordenação de Aperfeiçoamento
Profissional

Coordenação editorial:

Alessandra Martins dos Reis

Éverton Luís Pereira

Érico Gurgel Amorim

Colaboração técnica:

Alessandra Martins dos Reis

Kledson Sousa

Osmário Pitangueira e Carlos Henrique Reis

Rafael Veloso e Márcia Cordeiro

Sheila Carvalho

Autoria

Éverton Luís Pereira

Érico Gurgel Amorim

Marineia Crosara de Resende

Martina Ahlert

Co-autoria

Ádala Nayana de Sousa Mata

Adrielle Andrade Passos

Aline Cardoso de Oliveira

Daniele Marzari Possatti

Dinorah de França Lima

Eudes Euler de Souza Lucena

Georgia da Silva

Gidyenne Christine B. Silva de Medeiros

Grasiela Piuvezam

Kesley Pablo Moraes de Azevedo

Ingrid Rafaella Dantas dos Santos

Isac Davidson Santiago F. Pimenta

Ísis de Siqueira Silva

Luize Elias Alves de França

Pedro Bezerra Xavier

Valderez Machado de Aragão

Revisão e normalização

Sara Soares Costa

Projeto gráfico e diagramação

Camila Costa Mamona

Catálogo na Publicação

U58u UBS acessível e inclusiva: acesso de pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde / Érico Gurgel Amorim, Éverton Luís Pereira, Alessandra Martins dos Reis (Orgs.). – Brasília - DF : Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) / Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), 2026.

295p. il.

ISBN 978-65-975657-3-3

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

SUMÁRIO

- POR UMA UBS ACESSÍVEL E INCLUSIVA: DIÁLOGOS
TEÓRICOS E PRÁTICOS SOBRE DEFICIÊNCIAS E APS 10
1. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA:
EVOLUÇÃO DE CONCEITOS E DE DIREITOS 19
 2. CONHECIMENTO CIENTÍFICO, METODOLOGIAS E PROJETOS 41
 3. FUNDAMENTOS DO CUIDADO INTEGRAL E A REDE
DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA 73
 4. DA FORMAÇÃO À TRANSFORMAÇÃO DO TERRITÓRIO:
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A INCLUSÃO
DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 87
 5. FORMAÇÃO E ATUAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
ENSINAMENTOS E REFLEXÕES A PARTIR DO CURSO UBS
ACESSÍVEL E INCLUSIVA 106
 6. ADAPTAÇÃO INCLUSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
INTERIOR DE ALAGOAS 119
 7. CAMINHOS PARA UM CUIDADO INCLUSIVO ÀS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA AUDITIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 133

8. DO PLANO DE INTERVENÇÃO À ARTICULAÇÃO MUNICIPAL:
EXPERIÊNCIA EM ANDAMENTO DE APOIO A FAMÍLIAS DE
CRIANÇAS COM CONDIÇÕES DO DESENVOLVIMENTO EM
POTIRENDABA, SP 150
9. ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE E
DA INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA UBS CALUX 162
10. BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO E NO CUIDADO ÀS PESSOAS
SURDAS NA ESF MARRUÁS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 186
11. BARREIRAS DE ACESSO À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA
PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL: DESAFIOS RELACIONADOS
À MOBILIDADE E À DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 200
12. RECEITA MÉDICA ADAPTADA (AMPLIADA E ILUSTRADA)
PARA IDOSOS COM BAIXA VISÃO 225
13. DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARTICIPATIVO COMO
INSTRUMENTO PARA QUALIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE
DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE CÂNDIDO GODÓI 241
14. RECEITA MÉDICA ADAPTADA (AMPLIADA E ILUSTRADA) PARA
IDOSOS COM BAIXA VISÃO 257
15. DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARTICIPATIVO COMO INSTRUMENTO
PARA QUALIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÂNDIDO GODÓI
278



APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA AGSUS PARA O EBOOK DO CURSO UBS ACESSÍVEL E INCLUSIVA NO AVA AGSUS

BOAS-VINDAS AO CURSO

Bem-vindas e bem-vindos ao curso UBS acessível e inclusiva! O lançamento desta oferta formativa amplia as oportunidades de aprofundamento nas práticas de cuidado, acessibilidade e inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS), com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, garantindo acolhimento de qualidade e o respeito à autonomia das pessoas com deficiência e suas famílias.

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA AGSUS

A Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS) é um serviço social autônomo, constituído como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, criada pela Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023 (Brasil, 2023). A instituição atua como apoio operacional estratégico do Ministério da Saúde, contribuindo para a execução de políticas públicas com maior agilidade administrativa, alinhada aos princípios do SUS.

Entre suas competências estão a realização de processos de recrutamento e seleção ágeis e transparentes para trabalhadores qualificados que atuarão no SUS, garantindo vínculo protegido e condições adequadas de trabalho; o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão por meio da integração entre ensino e serviço; e a celebração de contratos, convênios e acordos com órgãos e entidades públicas e privadas, incluindo instituições de ensino. A Agência também atua na produção de informações sobre o dimensionamento e o provimento de trabalhadores da saúde, além de monitorar e avaliar os resultados das atividades realizadas no âmbito de suas competências.

A AgSUS fundamenta sua existência na busca por eficiência na gestão pública de saúde, tendo como Missão: Apoiar o SUS com a execução de soluções inovadoras para o fortalecimento da saúde pública brasileira; Visão: Ser referência em inovação, qualidade e eficiência na implementação de soluções de excelência para o SUS; e Valores: Visão Integrada ao SUS, Ética e Transparência, Respeito à Diversidade, Valorização do Conhecimento, Excelência em Serviço e Inovação Sustentável.

A atuação da Agência é consolidada por meio de programas estratégicos, voltados a enfrentar carências históricas da rede pública brasileira, conforme apresentado a seguir.

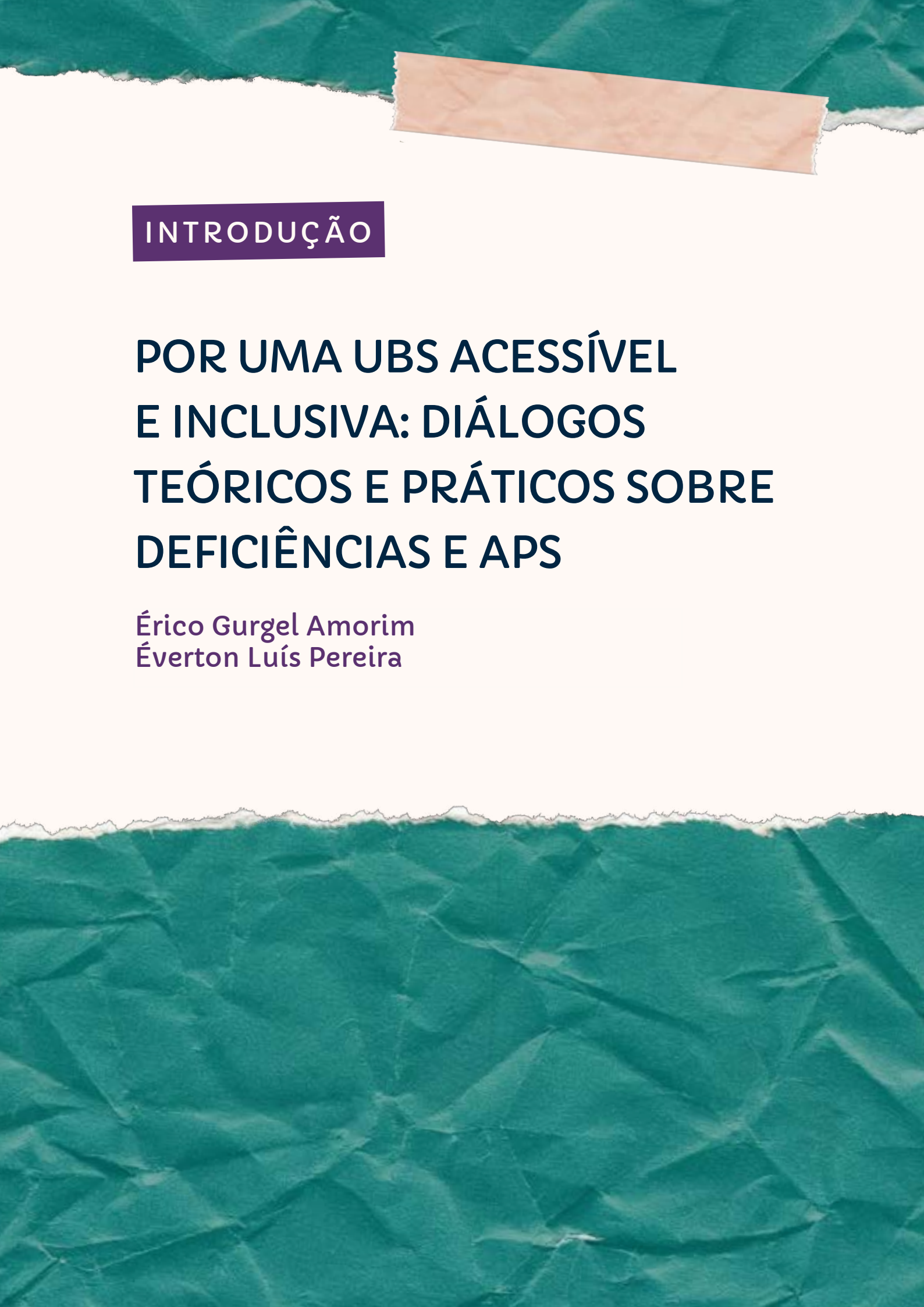
1. **PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM):** o Programa Mais Médicos, que na agência tem como foco os eixos estratégicos e vínculo, tem como objetivo ampliar a presença de médicos na Atenção Primária à Saúde, especialmente em municípios com maior vulnerabilidade e dificuldade de provimento, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família. Também busca oferecer melhores condições de trabalho, favorecendo a fixação dos profissionais e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS).

2. **ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA:** executar as atividades e as ações complementares à saúde e de apoio, através do aprimoramento e valorização da capacidade assistencial local, implementação de estratégias de gestão participativa, promoção de abordagens culturalmente sensíveis, e provimento profissional para ampliar o acesso aos serviços, com suporte de insumos e estruturas para a melhoria contínua e crescente da saúde dos povos indígenas, em consonância com as especificidades socioculturais destes, no âmbito do SUS, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), e demais diretrizes da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde.
3. **AGORA TEM ESPECIALISTAS:** a AgSUS participa, de forma estratégica e complementar, da execução desse Programa que é uma iniciativa do Ministério da Saúde para ampliar o acesso da população a serviços especializados no SUS. O principal objetivo é reduzir o tempo de espera para consultas, exames, tratamentos e cirurgias eletivas, fortalecendo a atenção especializada em todo o território nacional, com ênfase em regiões historicamente desassistidas.
4. **PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES EDUCADORES E EDUCADORAS POPULARES DE SAÚDE (AGPOPSUS):** iniciativa voltada ao fortalecimento do vínculo entre o SUS e as comunidades. O programa promove a formação de agentes educadores e lideranças populares, integrando saberes tradicionais e práticas de prevenção em territórios vulneráveis.
5. **PROGRAMA ESPECIAL DE SAÚDE (PES) E REPARAÇÃO NA BACIA DO RIO DOCE:** o Programa Especial de Saúde visa mitigar e reparar os impactos transversais do rompimento da barragem de Fundão (Mariana), atuando como um reforço especializado ao SUS frente às consequências do desastre-crime nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo.

6. AgSUS ACOLHEDORA: é uma iniciativa que busca promover a saúde mental e o bem-viver indígena aos (às) trabalhadores (às) vinculados à Agência. O Programa tem o objetivo de oferecer a possibilidade de atuarem em ambientes mais saudáveis, com apoio psicossocial e valorização profissional, para que tenham saúde física e mental.

A estrutura de governança da AgSUS é composta por um Conselho Fiscal da Agência (CFA), Diretoria Executiva (DIREX) e Conselho Deliberativo da Agência (CDA), que conta com a participação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam). A lei que criou a Agência permite que ela adote processos seletivos e compras sob regulamentos próprios, garantindo celeridade sem abdicar da transparência, sendo fiscalizada pelos órgãos de controle e regida pelas diretrizes de *Compliance* e Integridade.





INTRODUÇÃO

POR UMA UBS ACESSÍVEL E INCLUSIVA: DIÁLOGOS TEÓRICOS E PRÁTICOS SOBRE DEFICIÊNCIAS E APS

Érico Gurgel Amorim
Éverton Luís Pereira



Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender... uma atitude de inclusão.

Ricardo Ayres

A garantia do direito à saúde, pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), é, em sua essência, a defesa da vida, do acolhimento e da dignidade humana. A equidade e a integralidade são os horizontes que norteiam o nosso fazer ético. No entanto, o cotidiano da Atenção Primária nos revela que a realidade ainda impõe uma dívida histórica e estrutural profunda no que tange ao cuidado e à inclusão da pessoa com deficiência. Movidos por um forte senso de compromisso social e urgência, entregamos a você esta obra, concebida originalmente como o curso “UBS Acessível e Inclusiva”. Mais do que um compêndio acadêmico, este livro é um manifesto e um convite à reestruturação das dinâmicas, das práticas e dos espaços do cuidado em saúde no Brasil.

A concretização desta proposta pedagógica e sua transposição para o atual formato não seriam possíveis sem a imprescindível parceria com a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS). O apoio técnico e institucional da Agência foi o alicerce que permitiu a viabilização deste projeto, garantindo que o conhecimento sistematizado na academia chegasse aos profissionais que atuam na ponta, em municípios de todo o território nacional. Esta aliança interinstitucional reflete um compromisso genuíno com o fortalecimento do SUS e com a construção de políticas públicas verdadeiramente inclusivas.

Como porta de entrada e ordenadora da rede, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser o espaço mais acolhedor e resolutivo do território (Brasil, 2017). Contudo, quando essa estrutura ergue barreiras — sejam elas físicas, comunicacionais ou atitudinais —, o sistema falha, marginalizando justamente aqueles que mais necessitam de ações de promoção, prevenção e reabilitação. Nosso propósito é catalisar uma mudança de paradigma: transcender o modelo biomédico, historicamente centrado na doença, para abraçarmos em definitivo o modelo social da deficiência. Trata-se de compreender que a deficiência não reside no corpo do indivíduo, mas resulta da interação deste com um ambiente que ainda não foi plenamente desenhado para a diversidade humana (Brasil, 2009; Moraes *et al.*, 2025).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (Brasil, 2009) conceitua deficiência como um complexo biopsicossocial. Ao longo de seus artigos, a CDPD afirma que as pessoas com deficiência devem ser incluídas em todas as esferas da vida social, com a necessidade da garantia da autonomia, de acessibilidade e do respeito a todos esses sujeitos. O texto constitucional afirma que são necessárias ações integradas e articuladas para que seja possível garantir a real inclusão desse grupo populacional.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se um espaço privilegiado e estratégico para a garantia de direito das pessoas com deficiência e suas famílias. Acolhimento adequado, cuidado e atenção de qualidade são essenciais para que esse público construa uma boa relação com os serviços de saúde garantindo assim, sua cidadania. A literatura tem apontado para a dificuldade dos profissionais de saúde com o acolhimento de pessoas com deficiência e suas famílias na APS.

O conhecimento sobre o acolhimento, atenção e cuidado às pessoas com deficiência e suas famílias dos profissionais atuantes na APS ainda é bastante incipiente. Estudos demonstram como a defi-

ciência é vista pelos trabalhadores da APS como uma questão a ser tratada por “especialistas” ou por outros níveis de complexidade. Esses sujeitos também demonstram perspectivas restritivas, basicamente centradas na normatização e “reabilitação” dos corpos com deficiência (Ursine *et al.*, 2017; Fernandes *et al.*, 2023).



Para que a leitura se traduza em aplicabilidade prática, concebemos esta obra não como uma coletânea de textos isolados, mas como uma jornada formativa interdependente.

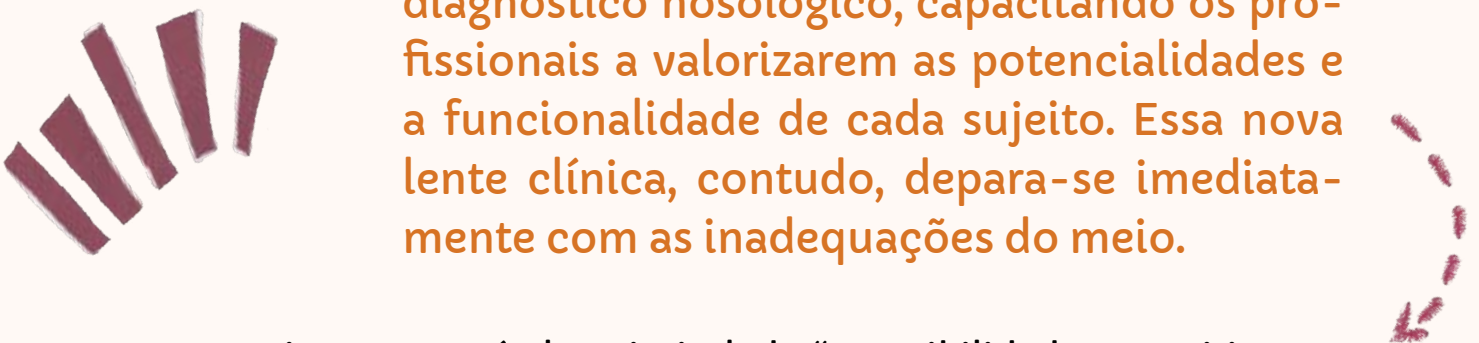
O livro está organizado em duas partes complementares. Na primeira, aprofundaremos os pilares teórico-práticos que fundamentam e guiam o curso, a partir de reflexões propostas pelos professores do curso. Na segunda, com capítulos elaborados pelos coordenadores, supervisores, mediadores e alunos, apresentaremos questões práticas sobre o desenvolvimento do curso, alguns indicadores e projetos de intervenção elaborados pelos alunos e revisados pelos mediadores.

Na Parte 1, o percurso inicia-se com a sedimentação do nosso alicerce: a conceitualização básica a partir do arcabouço legal com o texto “Pessoas com deficiência e legislação brasileira: Evolução de conceitos e de direitos” de autoria da professora Marineia Crosara de Resende (Capítulo 1). Ao desmistificar o arcabouço legal, a autora nos lembra que o direito à saúde precisa deixar de ser uma abstração jurídica para se tornar verbo na prática das equipes.

Como os direitos assegurados na teoria, faz-se necessário reconhecer o cenário real. Para isso, a professora Martina Ahlert (Capítulo 2) instrumentaliza o leitor com a “Metodologia do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)”, ensinando-nos a escutar ativamente o território e a transferir o protagonismo da identificação de vulnerabilidades para a própria comunidade. O capítulo “Conhecimento científico,

metodologias e projetos” fornece elementos essenciais para a produção de projetos de intervenção nas UBS.

Munidos desse diagnóstico territorial, adentramos a dimensão do raciocínio clínico. O Capítulo 3, “Fundamentos de cuidado integral e a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência”, sob a autoria do professor Érico Gurgel Amorim, explorou os “Fundamentos do Cuidado Integral e o Uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.



O objetivo é superar a visão reducionista do diagnóstico nosológico, capacitando os profissionais a valorizarem as potencialidades e a funcionalidade de cada sujeito. Essa nova lente clínica, contudo, depara-se imediatamente com as inadequações do meio.

Por isso, no Capítulo 4, intitulado “Acessibilidade, capacitismo e comunicação inclusiva na Atenção Primária à Saúde”, o professor Érico Gurgel Amorim aprofunda a discussão sobre “Barreiras e Acessibilidade”, convidando-nos a um exercício profundo de alteridade para desconstruir o capacitismo estrutural — o obstáculo invisível e mais severo para a consolidação de um vínculo terapêutico humanizado.

Por fim, compreendendo que a complexidade desse cuidado não se resolve nos limites físicos do consultório, o professor Éverton Luís Pereira (Capítulo 5) coroa a obra demonstrando que o “Projeto Terapêutico Singular (PTS)” exige intersetorialidade e interprofissionalidade. No Capítulo “Intersetorialidade, interprofissionalidade, deficiência e Atenção Primária à Saúde: Desafios e potencialidades no contexto do SUS”, que se configura como o último capítulo da Parte 1, o autor demonstra, por um lado, como o cuidado à pessoa com deficiência, a partir da perspectiva biopsicossocial, deve ser compartilhado entre os

trabalhadores da equipe e, por outro, a importância da articulação orgânica com a assistência social, o trabalho e emprego, a comunidade e etc. para garantir respostas efetivas às demandas do indivíduo.

A Parte 2 do livro está dedicada às experiências e reflexões oriundas dos coordenadores, dos supervisores, dos mediadores e dos estudantes do curso. Ou seja, são sujeitos que estiveram no cotidiano do curso e que, em grande medida, foram impactados pelas ações de forma direta. Como forma de possibilitar uma construção coletiva mais ampla, os próximos capítulos foram organizados para demonstrar a abrangência e a qualidade dos produtos propostos.

O Capítulo 6, “Da formação à transformação do território: Educação permanente em saúde para inclusão de pessoas com deficiência na Atenção Primária” de autoria dos supervisores Aline Oliveira Cardoso e Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta, discute a experiência do curso “UBS Acessível e Inclusiva” sob a perspectiva da interação com os mediadores, estudantes e com a estrutura do curso.

De acordo com o texto, a experiência evidenciou que processos formativos associados à elaboração de projetos de intervenção podem fortalecer práticas mais equitativas e contribuir para a garantia dos direitos das pessoas com deficiência nos serviços de saúde.

Um debate mais aprofundado sobre formação e atuação médica na APS é realizado no Capítulo 7 por Éverton Luís Pereira e Érico Gurgel Amorim, coordenadores do curso. Com o título “Formação e atuação médica na Atenção Primária à Saúde para pessoas com deficiência: Ensinaamentos e reflexões a partir do curso UBS Acessível e Inclusiva”, os autores abordam a lacuna da discussão sobre deficiên-

cia na formação em saúde e demonstram como isso pode ser limitador na prática profissional. Por fim, apresentam de forma geral a potencialidade dos projetos de intervenção desenvolvidos pelos alunos ao longo do curso.

A partir do Capítulo 8, intitulado “Adaptação inclusiva na Atenção Primária à Saúde: Experiência em uma Unidade Básica de Saúde do interior de Alagoas”, o debate vai ser construído a partir das propostas dos alunos cursistas que atuam como médicos em diferentes UBS no Brasil. De autoria de Jozef César Vrijdags Dacal e Dinorah de França Lima, médico aluno do curso e mediadora, respectivamente, o capítulo vai relatar uma experiência de adaptação inclusiva, destacando estratégias para reduzir barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais que dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde. A iniciativa demonstrou que ações simples, como reorganização dos espaços, qualificação da equipe e adequação dos fluxos de atendimento, podem promover maior acessibilidade, autonomia e equidade no cuidado ofertado pela APS.

O Capítulo 9, de Nicácio Dieger Rocha (médico estudante) e Adrielle Andrade Passos (mediadora), apresenta um projeto de intervenção voltado à qualificação do atendimento às pessoas com deficiência auditiva na Estratégia de Saúde da Família (ESF) São Francisco, localizada no município de Januária/MG, por meio da capacitação da equipe em Libras, da ampliação da acessibilidade comunicacional e da promoção de práticas inclusivas e anticapacitistas.

A proposta busca fortalecer a autonomia dos usuários surdos, reduzir barreiras de comunicação e garantir um cuidado mais humanizado, equitativo e alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Intitulado “Do plano de intervenção à articulação municipal: experiência em andamento de apoio a famílias de crianças com condições do desenvolvimento em Potirendaba, SP”, de autoria de Mikeli Esther Serasi (médica estudante) e Luize Elias Alves de França (mediadora), o Capítulo 10 relata a experiência de um Plano de Intervenção desenvolvido na Atenção Primária à Saúde para apoiar famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e outras condições do desenvolvimento, que evoluiu de uma proposta local para uma iniciativa municipal e intersetorial em Potirendaba (SP).



A experiência em andamento evidenciou a importância da articulação entre saúde, educação, assistência social, gestão municipal e famílias na construção de redes de apoio, fortalecendo o cuidado integral e a inclusão social dessas crianças e seus cuidadores.

Matheus Ravel Timo Barbosa (médico cursista) e Adrielle Andrade Passos (mediadora) são os autores do Capítulo 11, “Estratégias para promoção da acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência na UBS Calux”. O texto apresenta um projeto de intervenção voltado à identificação e ao enfrentamento das barreiras físicas, comunicacionais, organizacionais e atitudinais que dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços da UBS Calux, no município de São Bernardo do Campo/SP, por meio da criação de um Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da participação ativa de profissionais e usuários.

O Capítulo 12, Barreiras na comunicação e no cuidado às pessoas surdas na ESF Marruás: proposta de intervenção na Atenção Primária à Saúde, Joaby Natalino Farias Dantas (médico cursista) e Geor-gia da Silva (mediadora), apresenta uma proposta de intervenção na

ESF Marruás, localizada na zona rural do município de Tauá, na região dos Inhamuns, interior do Ceará, voltada à redução das barreiras comunicacionais enfrentadas por pessoas com deficiência auditiva, por meio da capacitação da equipe em Libras, do desenvolvimento de materiais visuais e da adoção de estratégias de comunicação acessíveis. Os autores demonstram a realização das ações em andamento, com registros fotográficos e protocolos criados.

O Capítulo 13, “Barreiras de acesso à Unidade Básica de Saúde para pessoas com paralisia cerebral: desafios relacionados à mobilidade e deficiência intelectual, de Isabella Carneiro Oliveira Gonçalves Vaz (médica cursista) e Pedro Bezerra Xavier (mediador), apresenta um projeto de intervenção voltado à identificação e superação das barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais que dificultam o acesso de pessoas com paralisia cerebral associada à deficiência intelectual aos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Rosa Tarcila Estácio Surco (médica cursista) e Gidyenne Christine Bandeira Silva de Medeiros (mediadora) são as autoras do Capítulo 14 “Receita médica adaptada (ampliada e ilustrada) para idosos com baixa visão”. No texto, os autores fazem a proposta de receitas médicas ampliadas e ilustradas visando melhorar a compreensão das prescrições, a adesão ao tratamento e a autonomia dos usuários. A iniciativa, em desenvolvimento em uma UBS na cidade de Porto Amazonas, Paraná, busca reduzir barreiras e promover maior acessibilidade, inclusão e segurança no cuidado à saúde das pessoas idosas com deficiência visual.

A descrição das ações e os exemplos visuais estão expressos no texto como forma de demonstrar a importância e o desenvolvimento da ação.

O último texto, Capítulo 15, de Matheus Aguiar Soares (médico cursista) e Georgiada Silva (mediadora), intitulado “Diagnóstico rápido participativo como instrumento para qualificação da acessibilidade de pessoas com deficiência na Unidade Básica de Saúde Cândido Godói” apresenta e discute um projeto de intervenção baseado no Diagnóstico Rápido Participativo para as principais demandas de acessibilidade enfrentadas por pessoas com deficiência na UBS Cândido Godói/RS, com vistas à construção coletiva de soluções viáveis no equipamento de atenção primária à saúde. A proposta encontra-se em andamento, com destaque aos debates realizados em reuniões e grupos do serviço.

Todo o conhecimento compartilhado nestas páginas converge para um propósito central: a transformação da prática em saúde.

Nosso anseio é que este livro transcenda a condição de mera referência bibliográfica, tornando-se um instrumento vivo, capaz de provocar debates construtivos nas reuniões de equipe e inspirar ações concretas no território.

Desejamos uma leitura que seja, ao mesmo tempo, acolhedora e instigante. Que estas páginas nos encorajem a construir coletivamente um SUS onde o respeito, a acessibilidade e o cuidado humano anticapacitista não sejam virtudes excepcionais, mas a ética cotidiana do nosso fazer em saúde.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008.** Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo. Brasília, DF: Senado Federal, 2009.

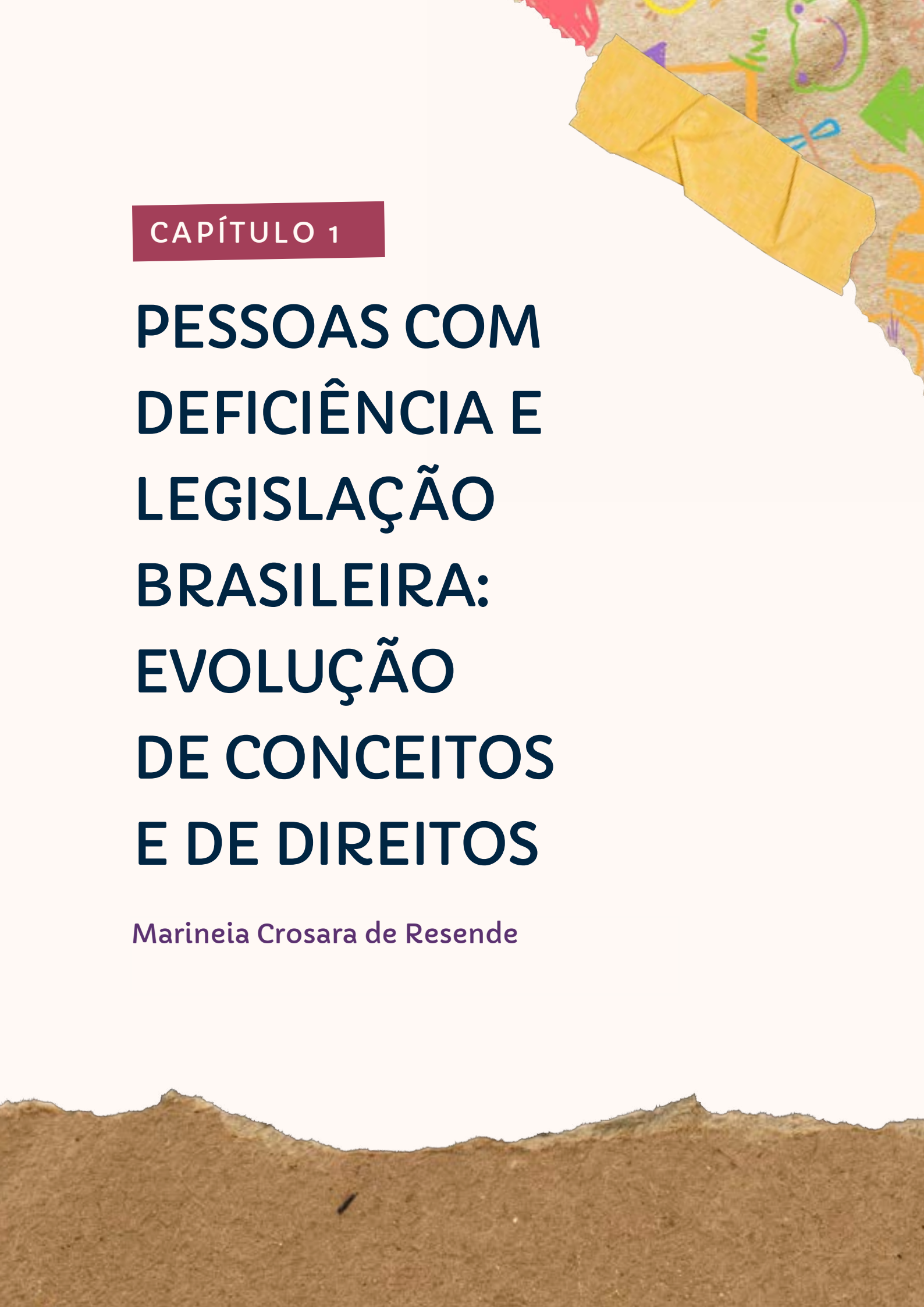
BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos e transforma a antiga ADAPS em AGSUS. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - Edição Extra - B - 14/7/2023, Página 1 (Publicação Original).

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FERNANDES, V. B. L.; SANT'ANNA, P. A.; ROCHA, J. F. D.; AGUIAR, B. S.; MAIA, P. R.; CALDEIRA, A. P. Representações sociais de médicos da Atenção Primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, p. e220292, 2023.

MORAIS, I. A.; RESENDE, M. C.; MERCHAN-HAMANN, E.; PEREIRA, E. L. Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: deficiência não é um código da CID. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 8, p. e02462024, 2025.

URSINE, B. L.; PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 109-120, 2017.



CAPÍTULO 1

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: EVOLUÇÃO DE CONCEITOS E DE DIREITOS

Marineia Crosara de Resende



PRETENDEMOS:

1. Analisar a legislação constitucional brasileira e a pessoa com deficiência, focando nos aspectos da saúde para o exercício da cidadania;
2. Compreender a mudança de paradigma do modelo médico para o modelo social de deficiência;
3. Entender os desdobramentos da legislação constitucional em políticas nacionais e o que está assegurado em lei no atendimento em saúde.

CONTEXTO E DESAFIOS NO BRASIL

- * Mesmo o Brasil sendo reconhecido internacionalmente pelos avanços legislativos em favor dos direitos das pessoas com deficiência, ainda há muito o que avançar;
- * Sem acessibilidade não há inclusão;
- * População: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2022, indicou que 18,6 milhões de brasileiros (8,9% da população) apresentam algum tipo de deficiência (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022);

- ✱ Essa parcela significativa exige a garantia de políticas sociais amplas e inclusivas, como o direito à saúde;
- ✱ O movimento político das pessoas com deficiência tem provocado mudanças culturais e alcançado resultados expressivos na garantia de direitos de cidadania (leis, políticas e conselhos);
- ✱ A inclusão ainda representa um desafio para as sociedades democráticas e para as políticas públicas. É preciso reconhecer o corpo com impedimentos como uma expressão da diversidade humana e assim garantir os direitos da pessoa com deficiência.

ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (BRASIL, 1988)

De acordo com o art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

SEÇÃO II - DA SAÚDE

ART. 196 E 197 - O DIREITO À SAÚDE E DEVER DO ESTADO

A Constituição define a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

- ✱ Objetivo: garantir políticas que reduzam o risco de doenças e assegurem o acesso universal e igualitário;
- ✱ Tripé da Atenção: às ações devem visar a Promoção, Proteção e Recuperação da saúde;

- * **Natureza das Ações:** são consideradas de relevância pública. O Poder Público (governo) é responsável por regulamentar, fiscalizar e controlar, mas a execução pode ser feita diretamente pelo Estado ou por terceiros (pessoas físicas ou jurídicas de direito privado).

ART. 198 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

As ações e serviços públicos de saúde formam uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o SUS, que opera sob três diretrizes fundamentais:

- * **Descentralização:** direção única em cada esfera de governo (União, Estados e Municípios);
- * **Atendimento Integral:** foco prioritário na prevenção, sem descuidar da assistência curativa (tratamento);
- * **Participação da Comunidade:** controle social sobre as ações de saúde.

FINANCIAMENTO E RECURSOS HUMANOS

- * O SUS é financiado pela Seguridade Social, além de recursos da União, Estados e Municípios (que possuem percentuais mínimos de investimento obrigatório por lei);
- * Prevê a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias via processo seletivo público.



ART. 199 - A INICIATIVA PRIVADA

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas existem regras claras para sua relação com o SUS:

- ✱ **Caráter Complementar:** instituições privadas podem participar do SUS quando a rede pública for insuficiente, mediante contrato ou convênio;
- ✱ **Preferência:** a prioridade para essa participação complementar é das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;
- ✱ **Vedações:** é proibido destinar recursos públicos (auxílios ou subvenções) para instituições privadas com fins lucrativos. É vedada a comercialização de órgãos, tecidos e sangue.

ART. 200 - COMPETÊNCIAS DO SUS

O SUS não cuida apenas de “hospitais”. Suas atribuições constitucionais são amplas e incluem:

- ✱ **Vigilância:** executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- ✱ **Saúde do Trabalhador:** ações específicas de proteção;
- ✱ **Medicamentos e Insumos:** participar da produção e fiscalização;
- ✱ **Formação:** ordenar a formação de recursos humanos na saúde;
- ✱ **Saneamento e Meio Ambiente:** participar da formulação da política de saneamento básico e colaborar na proteção do meio ambiente;
- ✱ **Controle:** fiscalizar alimentos, bebidas, águas e substâncias tóxicas ou radioativas.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

MUDANÇA DE PARADIGMA

- a) Conceituar deficiência e identificar quem são as pessoas com deficiência no Brasil;
- b) Do modelo médico ao modelo social – o modelo biopsicossocial.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O QUE É DEFICIÊNCIA?

A Convenção não define deficiência explicitamente.

O Preâmbulo da Convenção diz: “deficiência é um conceito em evolução [...] a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (Brasil, 2009).

O Artigo 1 da Convenção diz: “Pessoas com deficiência incluem aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2009).

“Terminologia da Convenção/LBI - pessoas com deficiência. NÃO: ‘deficiente’; ‘portador de deficiência’; ‘portador de necessidades especiais’”

PRINCÍPIOS DA CONVENÇÃO

CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

A deficiência resulta da interação entre uma sociedade não-inclusiva e seus indivíduos.

Barreiras atitudinais + Impedimentos de longo prazo (físico, mental, intelectual ou sensorial) = Deficiência.

O conceito de deficiência está em constante evolução, sendo influenciado por contextos históricos, disputas políticas e teóricas. Nas últimas quatro décadas, o debate central tem sido entre o modelo (bio)médico e o modelo social.

DO MODELO MÉDICO AO MODELO SOCIAL – O MODELO BIOPSISSOCIAL

Modelo médico - a deficiência é exclusivamente entendida como um déficit individual;

Modelo social - a deficiência é meramente um construto social (Shakespeare, 2017 *apud* Moraes et al, 2024, p. 6);

O Brasil adotou o modelo biopsicossocial, considera as duas perspectivas conceituais, conciliando o biomédico (focado em impedimentos nas funções e estruturas do corpo) e o social (origens sociais, políticas, culturais e de impacto).

A distinção entre pessoa com deficiência e pessoa sem deficiência não é tão simples, pois questões culturais, sociais, biológicas e psicológicas devem ser consideradas de acordo com o modelo biopsicossocial (Moraes et al, 2024).

A partir da ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pelo Brasil (Brasil, 2009), trouxe diversas normati-

vas nacionais visando garantir direitos e acesso às políticas públicas para parcela da população com deficiência, em âmbito federal, estadual e municipal.

ARTIGO 25 - SAÚDE

RESUMINDO...

Artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência trata especificamente do direito à saúde.

PREMISSA FUNDAMENTAL

Os Estados devem reconhecer que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do melhor estado de saúde possível, sem qualquer discriminação baseada na deficiência, considerando inclusive as questões de gênero.

PRINCIPAIS GARANTIAS E OBRIGAÇÕES DO ESTADO

- ✱ Como esse direito deve ser assegurado na prática:
- ✱ Igualdade de Acesso e Qualidade;
- ✱ Oferta de serviços gratuitos ou a custos acessíveis;
- ✱ Mesma variedade e padrão de qualidade oferecidos às demais pessoas (incluindo saúde sexual e reprodutiva);
- ✱ Atenção às Especificidades;
- ✱ Serviços específicos para as necessidades decorrentes da deficiência;

- * Foco em diagnóstico e intervenção precoces;
- * Prevenção de agravos ou deficiências adicionais (em crianças e idosos).

PROXIMIDADE (TERRITORIALIDADE)

- * Os serviços devem ser ofertados o mais próximo possível das comunidades, inclusive nas zonas rurais.

ÉTICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- * Profissionais devem garantir a mesma qualidade de atendimento dispensada aos outros;
- * Consentimento Livre e Esclarecido: é obrigatório obter o consentimento da pessoa com deficiência para procedimentos;
- * Capacitação: os Estados devem promover a formação ética dos profissionais sobre direitos humanos, dignidade e autonomia.

PROTEÇÃO CONTRA DISCRIMINAÇÃO

- * Proibição de discriminação em seguros de saúde e de vida;
- * Proibição absoluta de negar cuidados de saúde, bem como a administração de alimentos e líquidos, com base na deficiência.

Quadro 1 – Comparativo entre Constituição Federal e Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no âmbito da Saúde

Princípio/Âmbito	Constituição Federal (art. 196-200 - SUS)	Artigo 25 da Convenção da ONU
Direito Fundamental	Saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196).	Direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência.
Acesso e Qualidade	Acesso universal e igualitário às ações e serviços (art. 196).	Oferta de atenção e programas de saúde da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas.
Integralidade do Cuidado	Atendimento integral, com prioridade para a prevenção (art. 198, II).	Inclui serviços de reabilitação e serviços específicos para as pessoas com deficiência (intervenção precoce).
Local de Oferta (Descentralização)	Ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada (art. 198).	Propiciar serviços o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural (reforça a descentralização).
Profissionais e Ética	SUS ordena a formação de recursos humanos (art. 200, III).	Propiciar serviços o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural (reforça a descentralização).
Proibições/Vedações	Vedada a comercialização de órgãos, tecidos e sangue (art. 199, § 4º).	Proibida a discriminação na provisão de seguro de saúde/vida. Proibido negar serviços de saúde ou a administração de alimentos/líquidos por motivo de deficiência.

Fonte: própria autora (2026).



PONTO DE CONEXÃO COM O SUS

O Artigo 25 da Convenção conversa diretamente com o princípio da Integralidade e da Descentralização vistos anteriormente na Constituição Federal (art. 198), reforçando a necessidade de o atendimento chegar a todos os lugares (zonas rurais) e cobrir todas as necessidades (específicas e gerais).



POLÍTICAS NACIONAIS VOLTADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- a) Plano Viver sem Limite (Brasil, 2011);
- b) Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015);
- c) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) (Brasil, 2023);
- d) Novo Plano Viver sem Limite (Brasil, 2024).

PLANO VIVER SEM LIMITE (DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011)

Partiu da premissa: “são as barreiras sociais que, ao ignorar os corpos com impedimentos, provocam a experiência da desigualdade”. Dessa maneira, as opressões não são atributos “dos impedimentos corporais, mas resultado de sociedades não inclusivas” (Brasil, 2011).

Finalidade promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência - descontinuado nos anos seguintes.

- * Articulação de políticas de atenção à saúde, acesso à educação, inclusão social e acessibilidade;
- * Ações orquestradas pelo Ministério da Saúde por meio da criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- * Conquistas do Plano, exemplos:
 - * Foi criada a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria nº. 793/GM/ MS (Brasil, 2012);
 - * Foram criados 117 Centros Especializados de Reabilitação;
 - * Foram implantadas 23 oficinas ortopédicas;
 - * Foi lançado o Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva;
 - * Foi lançado microcrédito para acesso às tecnologias assistivas.

LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO (LBI) OU ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- * Em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) foi editada e atualmente é a principal legislação nacional relacionada às políticas para pessoas com deficiência (Brasil, 2015);
- * Cap. I – Disposições gerais (propósito da CDPD)
 - * Art. 1.º – É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em

condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Parágrafo único

Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

DEFINIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

o Art. 2.o – 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.

§ 1.o – A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I. Os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II. Os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III. A limitação no desempenho de atividades; e
- IV. A restrição de participação.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PNAISPD)

RESUMINDO...

A PNAISPD foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a promoção e proteção da saúde da pessoa com deficiência por meio da ampliação do cuidado integral. Seu objetivo é contribuir para a autonomia, qualidade de vida e inclusão social da pessoa com deficiência, em articulação com outras políticas interse-toriais (Brasil, 2023).

CONCEITOS CHAVE (ART. 3º)

A Política adota o Modelo Biopsicossocial (integração das di-mensões biológica, individual e social) e define termos cruciais:

- * **Pessoa com Deficiência:** pessoa com impedimento de longo prazo (físico, mental, intelectual ou sensorial) que, em intera-ção com barreiras, pode ter sua participação plena obstruída;
- * **Acessibilidade:** condição de alcance e utilização, com segu-rança e autonomia, de espaços, transportes, informação e co-municação, entre outros;
- * **Adaptações Razoáveis:** modificações e ajustes necessários que não acarretem ônus desproporcional para assegurar di-reitos em igualdade de condições;
- * **Desenho Universal:** concepção de produtos e serviços para serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adap-tação específica;

- * Capacitismo: discriminação e preconceito social praticados contra as pessoas com deficiência;
- * Interseccionalidade: reconhecimento de que as experiências de saúde são influenciadas por múltiplos fatores interconectados (raça, gênero, idade, etc.);
- * Tecnologia Assistiva: recursos, equipamentos e serviços que visam promover a funcionalidade, autonomia, independência e inclusão social.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES (CAPÍTULO II)

Os Princípios da PNAISPD incluem: direito à vida e à saúde, respeito às diferenças, inclusão social, acesso universal, integralidade do cuidado, equidade, ambiente facilitador à vida, humanização e gestão participativa.

As Diretrizes que regem a Política são:

- * Oferta de cuidado integral sob perspectiva interseccional e com foco na funcionalidade, na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- * Desenvolvimento de ações intersetoriais para promoção dos direitos humanos;
- * Promoção da acessibilidade e estímulo à autonomia;
- * Enfrentamento ao capacitismo e às violências.

EIXOS DE ATUAÇÃO E AÇÕES ESTRATÉGICAS (CAPÍTULO III)

A PNAISPD é organizada em oito Eixos principais de atuação, com ações estratégicas:

1. Promoção da Saúde, Qualidade de Vida e Prevenção de Agravos: o Foco no diagnóstico precoce e intervenções oportunas (ex: triagens neonatais):

- * Prevenção do agravamento de impedimentos;
- * Fomento de ações que visem minimizar iniquidades (raciais, de gênero, etc.);
- * Prevenção e identificação precoce de violências.

2. Organização das Ações e Serviços de Saúde sob a lógica das RAS:

- * Centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado;
- * Atendimento especializado em reabilitação e Tecnologia Assistiva;
- * Instituição de linhas de cuidado (ex: TEA, Trissomia 21);
- * Promoção da acessibilidade e uso do desenho universal/adaptação razoável.

3. Formação, Qualificação e Educação Permanente (EPS):

- * Formação da força de trabalho na perspectiva do modelo biopsicossocial e anticapacitista;
- * Qualificação das práticas de cuidado prestadas por familiares e cuidadores.

4. Articulação Intrasetorial, Intersectorial e Interinstitucional:

- * Promoção da cultura de paz e prevenção de violências;
- * Alinhamento da PNAISPD com outras políticas e programas.

5. Pesquisa, Produção e Tradução do Conhecimento:

- * Fomento a pesquisas em Tecnologia Assistiva e tecnologias de cuidado;
- * Estímulo à participação de pesquisadores com deficiência.

6. Informação e Comunicação em Saúde:

- * Divulgação e comunicação das informações em saúde com acessibilidade;
- * Ampliação da representatividade da pessoa com deficiência em campanhas.

7. Dados e Sistemas de Informação em Saúde:

- * Aprimoramento dos sistemas para incluir variáveis de funcionalidade (avaliação biopsicossocial);
- * Interoperabilização com o Cadastro-Inclusão.

8. Participação da Comunidade e Controle Social:

- * Inclusão da Pessoa com Deficiência e sociedade civil organizada nas instâncias de controle social (Conselhos de Saúde).



GESTÃO INTERFEDERATIVA E FINANCIAMENTO (CAPÍTULO IV E VI)

A Política é de responsabilidade tripartite (União, Estados e Municípios) e requer financiamento adequado.

As competências envolvem:

- ✱ Ministério da Saúde: coordenar, financiar, monitorar em nível nacional, elaborar normas e protocolos;
- ✱ Secretarias Estaduais: coordenar, implantar, cofinanciar em nível estadual, apoiar tecnicamente os municípios e promover a qualificação;
- ✱ Secretarias Municipais/Distrito Federal: implantar, cofinanciar, executar em nível territorial, qualificar profissionais e fortalecer o controle social.

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

A Portaria também institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no SUS, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção, com o objetivo de ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, familiares e cuidadores.

NOVO VIVER SEM LIMITE: AÇÕES ESTRUTURANTES (BRASIL, 2024)

No eixo 1 - “Gestão e Participação Social”, destacamos: Revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), para atender melhor e de forma mais ampla as atuais necessidades em saúde do segmento;

Para o eixo 2 - “Enfrentamento ao Capacitismo e à Violência”, ressaltamos: (2.3) 90 novas Policlínicas equipadas com mesas ginecológicas e mamógrafos acessíveis, ampliando a capacidade de atendimento em saúde sexual e reprodutiva das mulheres com deficiência;

Para o eixo 3 - “Acessibilidade e Tecnologia Assistiva”, evidenciamos: (3.4) Implantação da Central Nacional de Interpretação da Língua Brasileira de Sinais (CONECTE LIBRAS BRASIL), proporcionando acessibilidade comunicacional para as pessoas surdas, mediante oferta de serviço 24h de tradução e interpretação da Língua Brasileira de Sinais;

Para o eixo 4 - “Promoção do direito à educação, à assistência social, à saúde, e aos demais direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais”, salientamos: (4.1) Habilitação de 75 novos CERs, ampliando os serviços de referência em diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva para saúde das pessoas com deficiência; (4.2) Habilitação de Centros de Referência em Reabilitação para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no SUS, fortalecendo a atenção especializada para este segmento da população.





FINALIZANDO...

- ✱ A deficiência é um fenômeno da diversidade humana;
- ✱ Vimos que a nossa legislação evoluiu: saímos de um modelo que apenas cuidava da doença para um modelo que garante a cidadania;
- ✱ O direito no papel só se transforma em justiça social quando rompemos o ciclo da invisibilidade;
- ✱ Atender uma pessoa com deficiência no SUS não é apenas um ato clínico, é um ato de promoção da justiça;
- ✱ Como diz o lema histórico do movimento: Nada sobre nós, sem nós — a inclusão só é real quando a pessoa com deficiência ocupa o centro das decisões sobre sua própria vida e saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em <https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:constituicao:1988-10-05;1988>. Acesso em: 16 nov. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível em: planalto.gov.br. Acesso em: 1 jul. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2011. Disponível em: <https://bibliotecadigital.gestao.gov.br/bitstream/123456789/962/1/Decreto%20n%C2%BA%207612.htm> Acesso em: 30 nov. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 12 nov. 2024.

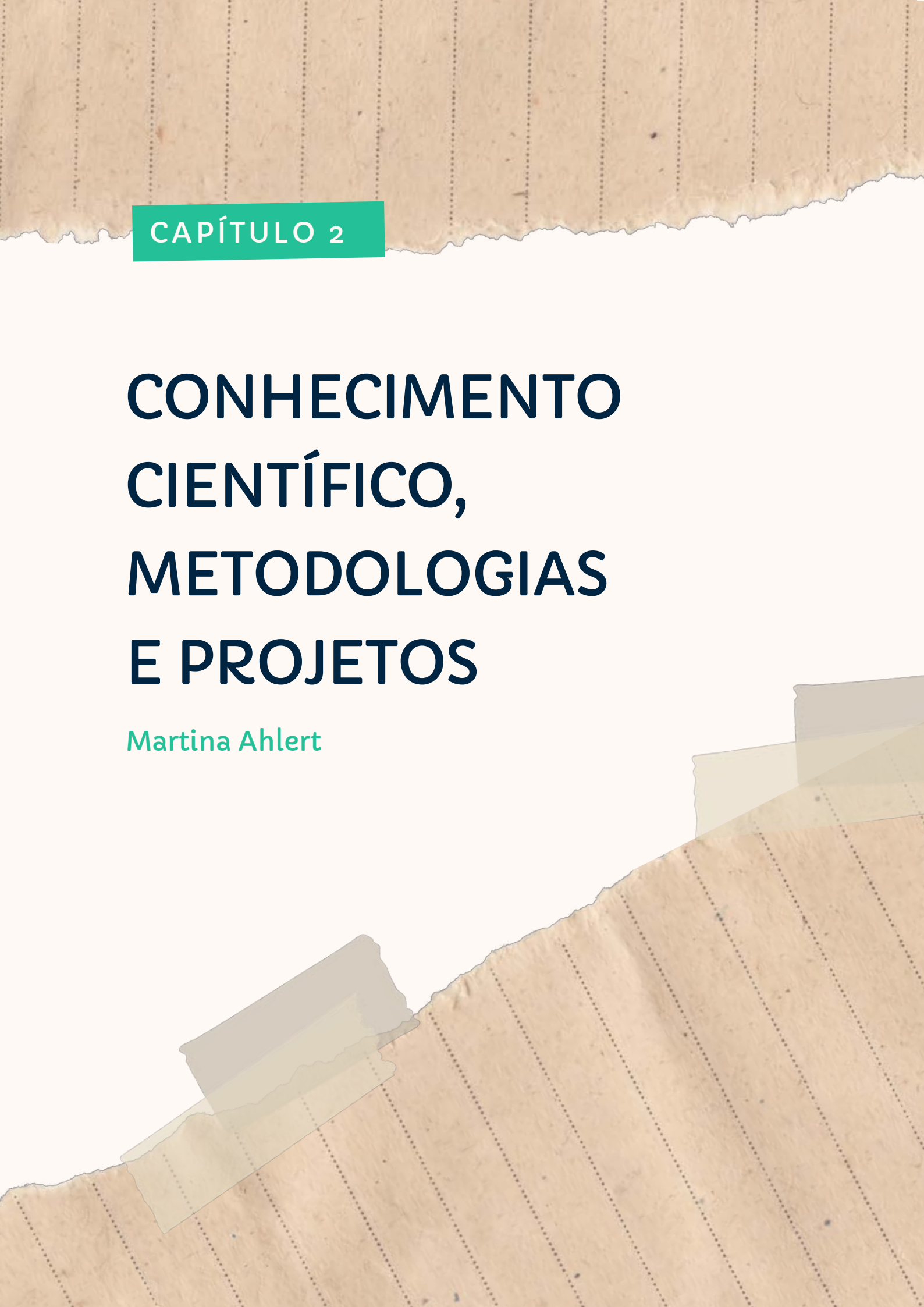
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 80, p. 94-95, 25 abr. 2012.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério de Direitos Humanos e Cidadania. **Novo Plano Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília: MDHC; 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11793.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.793%2C%20DE%2023%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202023&text=Institui%20o%20Plano%20Nacional%20dos,que%20he%20confere%20o%20art Acesso em: 20 nov. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=20652> Acesso em: 30 jun. 2026

MORAIS, I. A.; MERCHAN-HAMANN, E.; RESENDE, M. C.; PEREIRA, E. L. Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: deficiência não é um código da CID. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/modelo-biopsicossocial-na-avaliacao-da-deficiencia-deficiencia-nao-e-um-codigo-da-cid/19366?id=19366> Acesso em: 21 out. 2025.



CAPÍTULO 2

CONHECIMENTO CIENTÍFICO, METODOLOGIAS E PROJETOS

Martina Ahlert



APRESENTAÇÃO

Este módulo pretende apresentar noções básicas sobre metodologia de pesquisa, trazendo características dos projetos de intervenção. Discute a relação entre teoria e prática, buscando construir, com os cursistas, projetos de intervenção calcados nos problemas concretos enfrentados no cotidiano de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para tanto, pretende construir um roteiro de um projeto de intervenção, discutindo os elementos que o constituem e os resultados esperados a partir de sua implementação.

Em busca desses objetivos, este material sintetiza aspectos da bibliografia consultada em torno de três eixos:

- * Ciência, metodologia de pesquisa e de intervenção;
- * Projetos de intervenção, suas características e elementos básicos;
- * Diagnóstico Rápido-Participativo e técnicas de pesquisa/intervenção.

Ao término, se espera colaborar com os trabalhos de conclusão de curso desenvolvidos como projetos de intervenção, escritos de modo alicerçado em experiências concretas e interessados em melhorar dinâmicas de trabalho, garantir e ampliar direitos, colaborar com processos de transformação de situações-problema.

CIÊNCIA, METODOLOGIA DE PESQUISA E INTERVENÇÃO

A ciência, como forma de construção do conhecimento, apresenta algumas características. Entre elas, podemos destacar a objetividade, a racionalidade e sua verificabilidade. Além disso, podemos destacar sua base empírica e factual, e o fato de ser falível, ou seja, de ter suas conclusões sempre revistas, questionadas e transformadas, uma vez que ela também tem caráter histórico. Um elemento central associado a estas características, que qualifica a ciência, é o fato dela comportar uma metodologia – ou seja, uma série de padrões, técnicas e procedimentos que podem ser descritos, constituindo o “caminho” de uma pesquisa científica. É a metodologia que “demarca o que é e o que não é uma produção científica, oferecendo critérios e parâmetros para a elaboração de projetos e pesquisas” (Deslandes, 2012, p. 03).

Segundo Suely Deslandes (2012), quando conhecemos a metodologia de uma pesquisa científica, conseguimos:

- ✱ Compreender os caminhos percorridos pelos pesquisadores;
- ✱ Testar esses caminhos, perceber a coerência de seus resultados ao “reconstituir as escolhas feitas pelo(a) pesquisador(a) e, daí, também criticar suas hipóteses e inferências” (Deslandes, 2012, p.04);
- ✱ Construir uma interpretação coerente da realidade, a ser submetida às críticas dos pares;
- ✱ Reconhecer a provisoriedade dos resultados de qualquer investigação científica.

Uma pesquisa nasce de uma curiosidade, de um incômodo, da percepção de uma lacuna no conhecimento ou no nosso desejo de aprofundar e assim mudar nosso ponto de vista sobre um fenômeno. Produzir novas perguntas, logo outras respostas, e novas formas de agir diante dos problemas pode ter por base o desenvolvimento de projetos de pesquisa ou de intervenção. Como diversos pesquisadores têm reconhecido, “tanto acadêmicos quanto trabalhadores que atuam nos serviços de saúde teorizam, mobilizam saberes diversos em sua prática de trabalho e constroem conhecimento, sistematizando efeitos e resultados de suas ações” (Xavier *et al.*, 2018, p. 31, grifo nosso).

A metodologia não é apenas um conjunto de procedimentos, ela também tem uma base teórica. Assim, por meio da execução de projetos de pesquisa e/ou de intervenção, a teoria é repensada a partir da prática. Isso nos leva a reconhecer que a distinção entre teoria e prática não é absoluta, como muitas vezes tendemos a pensar. As teorias nascem de observações das práticas e quem atua profissionalmente no campo sempre está tanto inspirado por uma teoria como a repensando, a partir dos desafios do cotidiano.

Uma das formas de operacionalizar a ciência é por meio dos projetos – sejam eles de pesquisa ou de intervenção.



Como o termo indica, um projeto constitui uma proposição de realização para o futuro, um planejamento de ações ainda a serem praticadas, mas também traz o sentido de um esboço, ainda provisório, que poderá demandar modificações quando for colocado em prática (Deslandes, 2012, p.07).

Por um lado, existem pesquisas que têm como objetivo a construção de conhecimento sobre a realidade – alguns a chamam de pu-

ras ou básicas. Elas não têm como foco a sua transformação direta, mas um diagnóstico complexo sobre ela. O fato de não terem a intervenção como foco principal não quer dizer que elas não criem impactos na vida das pessoas. Por outro lado, existem pesquisas cujo foco primordial é a intervenção e elas são pensadas levando isso em consideração em todas as etapas de sua formulação. Assim,

[...] as pesquisas denominadas práticas ou aplicadas baseiam-se na busca por conhecer a fim de tornar-se capaz de fazer algo melhor ou de maneira mais eficiente. Estas buscam a solução de problemas imediatos dos pesquisadores e das comunidades em que estão inseridos (Xavier *et al.*, 2018, p. 286).

No âmbito das pesquisas aplicadas é que podemos falar em projetos de intervenção. Não é incomum que escolas de Saúde Pública ou de Saúde Coletiva tenham projetos de intervenção como requisito para a conclusão de seus cursos, seja na graduação ou na pós-graduação. Mas os projetos de intervenção não se restringem a cursos de formação. Eles têm o potencial de se tornarem práticas contínuas de trabalho, como parte de uma perspectiva de atuação profissional atenta aos problemas de cada realidade social. Assim, os projetos de intervenção também podem ser um modo de “instituir um processo sistemático de acompanhamento, monitoramento e avaliação como parte do cotidiano do trabalho, contribuindo para a construção ativa e reflexiva da instituição” (Xavier *et al.*, 2018, p. 286).

Projetos de pesquisa científica, entre eles os de intervenção, sempre consideram:

- ✱ O que foi feito antes, os conhecimentos já disponíveis sobre o tema (Lassance, 2023);
- ✱ A não completude do conhecimento e a necessidade de deslocar pontos de vista estabelecidos, com a intenção de compreender os fenômenos;
- ✱ O reconhecimento de que se fala de uma posição específica e de uma abordagem metodológica entre outras possíveis. Nesse sentido, toda pesquisa, pode ser questionada ou revisitada.

Como nos lembra Deslandes (2012), isso tem à ver com o fato de que o conhecimento que produzimos é sempre aproximado, parcial, histórico e humano¹. Antes de sabermos mais sobre os projetos de intervenção, é importante lembrar que eles devem ser pensados e executados a partir de parâmetros éticos. Na sequência você lê sobre algumas das implicações éticas dos projetos.

Quadro 1 – Implicações éticas dos projetos

Os projetos devem sempre considerar as questões éticas implicadas em sua execução. No Brasil, na área da saúde, a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde apresenta as diretrizes para pesquisa com seres humanos. Elas estão baseadas em quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

“Com base em tais orientações, a pesquisa deve garantir que as pessoas só participarão após serem esclarecidas quanto aos propósitos e riscos envolvidos, que serão tratadas com dignidade e que os mais vulneráveis serão protegidos (crianças e adolescentes, portadores de necessidades especiais, população prisional, indígenas, entre outros) (Conselho Nacional de Saúde, 1997).” (Deslandes, 2012, p. 23-24).

Fonte: própria autora (2026), a partir da obra de Deslandes (2012).

¹ Cito a autora: “1. Aproximado, traduzindo a realidade de certo ponto de vista (não é no real em sua totalidade). 2. Histórico, isto é, influenciado pelo conhecimento disponível e pelos cânones científicos de determinada época. 3. Provisório, pois poderá ser refutado ou reformulado. 4. Humano, atravessado por erros evitáveis (referentes a limitações teórico-metodológicas) e inevitáveis (relativos aos limites da racionalidade científica vigente) e beneficiado pelas possibilidades de aprendizagem aí contidas” (Deslandes, 2012, p.11-12).

PROJETOS DE INTERVENÇÃO, SUAS CARACTERÍSTICAS E ELEMENTOS BÁSICOS

Neste segundo tópico, serão apresentadas algumas definições de projetos de intervenção, bem como suas características básicas e as seções que os compõem. Cabe destacar que não existe uma definição única de projeto, tampouco de seus elementos constitutivos. Por essa razão, são apresentadas diferentes definições e modelos, permitindo que o cursista escolha aquele que melhor se adequa ao seu trabalho.

No Projeto Político Pedagógico da Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, lemos que o projeto de intervenção em saúde é uma “possibilidade em se conjuga a análise concreta de problemas do estado de saúde da população bem como dos serviços, assim como permite o planejamento de intervenções sensíveis e de interesse institucional” (Xavier *et al.*, 2018, p. 286). Deslandes (2012), por sua vez, em “Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção”, sugere que:

Um projeto de intervenção se constitui de forma semelhante ao de investigação científica, mas aporta a definição do objeto definido como uma ‘situação problema’. Demanda uma ‘análise de viabilidade de implementação’, além de ser desejável que inclua um plano de monitoramento e avaliação dos resultados propiciados pela intervenção em tela (Deslandes, 2012, p.07).

A ideia de que os projetos de intervenção podem ser usados de modo mais amplo – no campo das políticas públicas como um todo e não apenas na saúde – marca a abordagem do Instituto de Pesquisa

Econômica e Aplicada, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que em 2023, publicou o texto “Como elaborar projetos de intervenção para a implementação de políticas públicas?” (Lassance, 2023). Nele, Antônio Lassance também apresenta uma definição de um projeto de intervenção, que surge como:

[...] uma proposta estruturada de ação sobre um problema relevante de política pública. Seu propósito é oferecer uma solução com base em um modelo bem especificado e prototipado. O projeto é endereçado ao apoio à decisão de dirigentes públicos que, em uma determinada organização, tenha alguma governança sobre o referido problema. O cerne de um projeto de intervenção é a implementação, ou seja, a execução das ações, especificando seus respectivos processos e produtos (Lassance, 2023, p. 08)².

Cabe registrar alguns aspectos dessas definições: um projeto de intervenção se dedica à análise concreta da realidade social, mas também serve ao planejamento (definição 1); identifica situações-problema e precisa ser prático, viável e passível de monitoramento (definição 2); serve para subsidiar tomadas de decisão no campo da gestão, busca implementar ações (definição 3). Trata-se, portanto, de uma estratégia para agir sobre um problema que se reconhece, mas sobre o qual ainda não se tem conhecimento suficiente. Busca inci-

² Como afirma o autor, se trata de uma transposição adaptada, “para o campo das políticas públicas, da noção médica de que, diante de uma situação problemática ou mesmo crítica apresentada por um paciente, cabe a um especialista realizar a necessária, adequada e oportuna ação que intervenha sobre a causa central do problema ou que, pelo menos, mitigue um de seus sintomas mais graves” (Lassance, 2023, p.10).

dir, ainda que com determinadas limitações, sobre a realidade.

A bibliografia consultada e mencionada ainda traz outras informações importantes, selecionadas e sistematizadas no quadro que segue:

Quadro 2 – Síntese de aspectos dos projetos de intervenção

Um projeto de intervenção é uma ferramenta de construção de conhecimento científico, mas também um instrumento de gestão, serve à ação e ao trabalho (Xavier <i>et al.</i> , 2018);
“A eleição de um problema para intervenção precisa ainda levar em conta o valor e o reconhecimento daquele problema para a sociedade, o custo econômico das proposições e a eficácia da intervenção proposta diante da complexidade do problema” (Deslandes, 2012, p.11).
“[...] mesmo projetos de intervenção que já nascem prototipados precisam demonstrar viabilidade política, a começar pela capacidade de convencer dirigentes de que vale a pena a sua implementação” (Lassance, 2023, p. 10);
“As chances de sucesso também dependem da capacidade de se definir o problema e o público com exatidão, em termos teóricos, conceituais e metodológicos, valendo-se dos conhecimentos que vão muito além do que é apreendido pelo protótipo” (Lassance, 2023, p.10);
“O esforço maior que recai sobre um projeto de intervenção é o de formular e comparar alternativas, escolhendo a melhor combinação de requisitos: a mais viável, a mais ágil, a de menor custo, a de maior concordância entre o público interessado e partícipes (corresponsáveis pela implementação), a mais efetiva e a que promova maior equidade” (Lassance, 2023, p. 11).

Fonte: própria autora (2026), a partir das obras de Xavier et al. (2018), Deslandes (2012) e Lassance (2023).

Um projeto de intervenção, ao se construir como estratégia de atuação, como instrumento de conhecimento e como oportunidade de aprendizado, deve ser claro e propositivo. Deve possuir uma relevância e considerar as condições básicas necessárias para sua execução (desde os recursos financeiros e humanos ao apoio institucional). Como estratégia de atuação, incide sobre um problema identificado em determinado contexto (como em uma Unidade Básica de Saúde)

e propõe transformações, buscando a eficiência dos serviços, dos programas sociais ou das políticas públicas. Para que se torne mais evidente o seu formato, apresentamos na sequência possíveis seções de um projeto de intervenção e seus elementos constituintes.

SEÇÕES DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

Apresentamos, na sequência, três modelos de projeto de intervenção disponíveis na literatura mencionada na bibliografia:

Quadro 3 – Modelos de projeto de intervenção

Proposta de Deslandes (2012): 1.Objeto (situação problema e análise diagnóstica) 2. Objetivos da proposta 3.Justificativa técnico-científica 4.Referencial teórico 5.Metodologia 6.Análise de viabilidade de implementação 7.Aspectos éticos 8.Orçamento 9.Cronograma 10.Referências 11.Anexos	Proposta da Escola de governo em Saúde Pública de Pernambuco [2018?]: 1.Introdução 2.Justificativa 3.Objetivos 3.1Objetivo Geral 3.2Objetivos Específicos 4.Referencial teórico 5.Metodologia 5.1 Local da Intervenção 5.2 Sujeitos da Intervenção 5.3 Período da Intervenção 5.4Coleta, Sistematização e Análise de Dados 5.5 Descrição da Intervenção 5.6Monitoramento e Avaliação 6. Resultados esperados 7. Viabilidade 8. Cronograma 9.Orçamento estimado e financiamento 10.Referências bibliográficas 11.Apêndice 12. Anexos	Proposta da Universidade Aberta do Sistema de Saúde (2015): 1.Resumo e Palavras-chave 2.Introdução 3.Problema 4.Justificativa 5.Objetivos (Objetivo geral o 6.Objetivo específico) 7.Revisão de Literatura 8.Metodologia 9.Cronograma 10.Recursos necessários 11.Resultados esperados 12.Referências
--	--	--

Fonte: sistematização da autora (2026), a partir de Deslandes (2012), Escola [...] ([2018?]), Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2015).

Como mencionamos anteriormente – e se torna evidente no quadro acima – não existe apenas um modelo de projeto de intervenção. Na sequência vamos explorar um pouco sobre cada um dos tópicos recorrentes nos modelos relatados, ainda que de forma não exaustiva, para auxiliar cada cursista na redação do seu próprio projeto.

APRESENTAÇÃO



Segundo a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2015), a introdução responde à pergunta: em que intervir?

Como primeira parte do projeto, a apresentação/introdução precisa trazer seu tema de forma precisa e delimitada³. Segundo Deslandes (2012, p. 11), a

“demarcação do problema envolve a pesquisa sobre suas formas de apresentação na realidade, suas causas (ainda que sob a luz de contextos complexos), sua magnitude e sua dinâmica de produção e reprodução, identificando os atores envolvidos e seus papéis”.

Para construir uma introdução/apresentação contundente, é preciso considerar os estudos e as pesquisas que já foram escritos, criados e implementados para resolver o tema/problema ao qual o seu projeto de intervenção se destina. Considerar esse histórico nos leva a pensar no que já foi registrado sobre o problema e, assim, a delimitar de modo mais evidente a novidade da proposta presente no seu projeto de intervenção. É este um momento de construção “de uma análise diagnóstica” em torno do que já foi produzido sobre o tema (Deslandes, 2012, p.11).

³ O material da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2015) e a autora Suely Deslandes (2012) se baseiam no trabalho de Gil (1996) para nos dizer que um problema deve ser: claro e preciso, empírico, delimitado e passível de solução.

OBJETIVOS



Segundo a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2015), os objetivos respondem à pergunta: para que intervir?

Os objetivos são as questões que se pretende responder com a execução do projeto de intervenção. Em termos formais – ou de redação – eles iniciam com o verbo no infinitivo. Também considerando seus aspectos formais, usualmente são separados em objetivo geral e objetivos específicos. O objetivo geral é mais amplo do que os objetivos específicos, por isso, ao responder os objetivos específicos, temos a resposta ao nosso objetivo geral.

JUSTIFICATIVA

Segundo a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2015), a justificativa responde à pergunta: por que intervir?

Ela é uma seção central nos projetos. É nessa etapa de sua redação que devemos mostrar a relevância (ou a importância) de sua realização, ou seja, onde demonstramos as razões pelas quais uma pesquisa ou uma intervenção deve ser feita.

Segundo a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (2018?), a justificativa:



Deve apresentar qual a relevância do tema a ser abordado (relevância geral e local no campo científico e das práticas de saúde pública), que intervenções já têm sido desenvolvidas para resolver os mesmos problemas (para que justifique a sua intervenção) e, por fim, a contribuição do Projeto de Intervenção proposto (Fundação Oswaldo Cruz, 2018, p.05).

Antônio Lassance (2023), no material que consultamos produzido pelo IPEA, acrescenta alguns elementos que também podem nos ajudar a compreender essa seção dos projetos:

A relevância é o que justifica um projeto de intervenção. Diante de um macroproblema da política ou de um problema causal importante tratado por um programa, o projeto incide sobre um gargalo a ser superado ou nó crítico a ser desatado, o qual precisa estar explícito (Lassance, 2023, p.15).

Além disso, o autor aponta alguns elementos que podem nos ajudar a fundamentar a justificativa de um projeto de intervenção, como por exemplo, demonstrar quais são as lacunas, as falhas ou os valores que serão respondidos ou resolvidos com sua execução. Igualmente, podem ser enfatizados valores públicos, princípios e objetivos vinculados a normativos jurídicos, políticas públicas e programas sociais relacionados às questões que se pretende responder/ resolver com a realização do projeto. Dados estatísticos e diferentes índices também podem nos ajudar a demonstrar a relevância.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção do projeto precisamos demonstrar como fundamentamos, do ponto de vista teórico, os conceitos que estão na base do nosso projeto de intervenção. Na revisão bibliográfica realizada para a escrita deste material, selecionamos duas passagens que podem nos ajudar a escrever a fundamentação teórica. A primeira delas provém do trabalho de Deslandes (2012) que nos diz que:

O marco teórico refere-se à conjunção das teorias científico-filosóficas. Notem que propor uma teoria de base não equivale a proceder a uma ‘revisão de literatura’ infundável sobre o que foi escrito a respeito do tema escolhido. No marco teórico, espera-se encontrar a explanação dos conceitos e categorias selecionados pelo(a) pesquisador(a) que constituirão a base da intervenção (Deslandes, 2012, p.14).

Nas orientações da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz, 2018, p. 26), por sua vez, encontramos a seguinte perspectiva: [a fundamentação teórica é a] “Definição embasada dos principais conceitos abordados no trabalho, com a bibliografia apresentada de forma correta, pertinente, suficiente e adequada no texto, assim como as citações e conexões entre autores(as) reconhecidos(as) na área”.

Como podemos verificar nessas duas passagens, a fundamentação teórica deve tornar explícitos os principais conceitos utilizados no projeto. Para fazê-lo, é importante considerar com cuidado a escolha dos autores com os quais optamos por dialogar (eles são relevantes no campo teórico? Com quem estão conversando? São de fato os autores dos conceitos ou seus comentadores?), assim como o cenário nacional e mesmo internacional do debate teórico em torno deles. Como nos lembra Deslandes (2012, p.15), são os conceitos, categorias e definições que “permitirão a mediação entre a teoria e a realidade empírica”.



METODOLOGIA

Segundo a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (2015), a metodologia responde à pergunta: como intervir?

Nesta seção do projeto apresentamos o modo como a pesquisa será desenvolvida, quais os procedimentos empregados, além de enfatizarmos como o projeto será acompanhado/ monitorado. Segundo definição de Sousa (2021, p.12), nesse momento “será detalhado o percurso que será trilhado para a consecução dos objetivos propostos. Trata-se a descrição dos sujeitos, dos instrumentos e dos procedimentos que deverão ser utilizados para a superação do problema apontado”. Nesse sentido, devemos explicitar:

- ✱ Contexto de realização do projeto (descrição do local onde a intervenção será realizada);
- ✱ Sujeitos envolvidos nas ações (quem são, quantidade, perfis);
- ✱ Procedimentos da intervenção: quais atividades serão feitas? Quais técnicas de pesquisa serão empregadas? Em qual sequência?

Quando escrevemos a metodologia, devemos ainda considerar que os projetos de intervenção também são instrumentos de pesquisa. Nesse sentido, o plano de ações descrito nessa seção podem ainda considerar outras questões:

- ✱ Em termos metodológicos, trata-se de uma pesquisa qualitativa, quantitativa ou mista?
- ✱ Trata-se de uma pesquisa documental ou de uma pesquisa de campo (baseada em interação e observação da realidade concreta dos sujeitos)?

✱ Trata-se de um estudo de caso ou de uma análise comparativa?

Cabe considerar ainda alguns outros aspectos indicados pela bibliografia consultada: o primeiro deles é que o plano de ação, assim como as técnicas de pesquisa escolhidas, deve ser justificado aos leitores (Lassance, 2023). O segundo é considerar que a metodologia escolhida está relacionada com os objetivos do projeto, afinal, o modo como a intervenção será realizada reflete diretamente nos resultados alcançados (Deslandes, 2012). O terceiro é que no momento de conceber a nossa metodologia pode ser importante considerar metodologias que foram empregadas em outros projetos semelhantes, verificando aplicabilidade e deficiências (Sousa, 2021; Lassance, 2023). O quarto aspecto é uma das considerações de Deslandes (2012, p. 17), que nos lembra que “Quaisquer que sejam as técnicas eleitas, é necessário levar em consideração que todas demandam o domínio de certas habilidades e conhecimentos”. Reproduzimos algumas das considerações da autora no que concerne a este ponto:

Por exemplo, ao propor realizar entrevistas, o(a) pesquisador(a) deve ser capaz de estabelecer uma boa interação, um vínculo de empatia e confiança com seus entrevistados. Ao escolher analisar banco de dados já existente, deverá saber acessar, selecionar e compilar as variáveis desejadas, e isso pode requerer conhecimento de determinado software ou pacote de análise estatística. De qualquer modo, é essencial lembrar que o desenho geral da



metodologia deve ser capaz de alocar as atividades propostas ao longo de um tempo determinado (Deslandes, 2012, p. 17).

Em algumas propostas de projeto de intervenção, a avaliação e o monitoramento – feitos por intermédio de indicadores e metas – aparece como parte da metodologia. Dada sua importância, trataremos como um item à parte.

INDICADORES E METAS

Quando se realiza um projeto de intervenção, é fundamental dizer como ele será acompanhado e avaliado, ou seja, como acontecerá o monitoramento da sua realização, de sua eficácia e dos resultados esperados. As metas, nesse sentido, são os objetivos ou os resultados específicos e mensuráveis que se deseja alcançar. Para Xavier *et al.* (2018):



Os resultados esperados mantêm uma estreita relação com os objetivos propostos. Podem indicar soluções de problemas, melhorias de desempenho de pessoas ou da instituição, aumento do nível de satisfação, redução de perdas etc. Trata-se, portanto, da expectativa de contribuição do projeto para a resolução de um problema detectado no local de serviço e/ou para a proposta de saúde em geral (Xavier *et al.*, 2018, p. 293).

Em diversos materiais, se popularizou a perspectiva de compreender as metas a partir do método *smart*, sugerido por George T. Doran, em 1981. Considerando a sigla em inglês, se sugere cada meta seja:

Quadro 4 – Metas Smart

Específica – Mensurável – Atingível – Relevante – Com prazo definido
Specific – Measurable – Attainable/Achievable – Relevant – Time-based

Fonte: sistematização da própria autora (2026).

As metas e resultados devem ser continuamente monitorados para que o projeto possa ser avaliado. Esse monitoramento acontece por meio do acompanhamento de indicadores. Os indicadores são os elementos ou ferramentas de medição (quantitativas ou qualitativas) que nos permitem estimar o progresso em direção ao cumprimento dos objetivos propostos – ou seja, onde se deseja chegar, o que se deseja construir.

CRONOGRAMA

O cronograma apresenta as atividades que serão realizadas durante o projeto de intervenção enfatizando o período em que serão feitas. Alguns modelos podem incluir, ainda, os recursos (financeiros, humanos etc.) que serão empregados. Optamos por representar abaixo um cronograma simples, disponível em Sousa (2021). Nele, a medida de tempo são meses, mas isso pode variar de acordo com as especificidades de cada projeto.



Quadro 5 – Cronograma



Confira um exemplo:

Atividades/2021	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Elaboração do projeto	x							
Estudo do referencial teórico/ Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	
Coleta de dados		x	x	x	x			
Discussão e análise de resultados				x	x	x	x	
Revisão final e digitação						x	x	
Entrega do trabalho final								x
Aprovação do projeto								x

Fonte: Sousa (2021, p.13).

DIAGNÓSTICO RÁPIDO-PARTICIPATIVO E TÉCNICAS DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

Nesta seção do Módulo 2 pretendemos apresentar, de forma mais específica, um dos elementos que compõem o projeto de intervenção: a metodologia. Como apontamos anteriormente, na metodologia devemos informar aos leitores como o projeto será realizado, destacando o contexto e o público-alvo da intervenção, além de descrever suas etapas, as técnicas de pesquisa e os procedimentos empregados durante sua realização. Igualmente, a metodologia pode compreender as metas e os indicadores que farão parte do monitoramento do projeto.

No campo da saúde, uma metodologia empregada de modo frequente em projetos de intervenção é o Diagnóstico Rápido-Participativo. Segundo Castro e Abramovay (2015), em material constituído no âmbito da Flacso, um modo de nos aproximarmos dessa metodologia é pensar no significado da ideia de diagnóstico. Para as autoras:

- ✱ Diagnosticar significa conhecer, levantar informações, pesquisar. Significa fazer uma avaliação de uma realidade determinada, baseada em dados e informações.
- ✱ Diagnosticar implica: conhecer/pesquisar, interpretar e propor.
- ✱ O objetivo do diagnóstico é gerar um novo conhecimento sobre um aspecto da realidade – realidade desconhecida e/ou que precisa aprofundar o conhecimento – (Castro; Abramovay, 2015, p.09).

Para as autoras, “Sem diagnóstico não se pode saber quais são as necessidades próprias de cada lugar e os programas oferecidos acabam sendo inadequados” (Castro; Abramovay, 2015, p.09). A definição presente no material do Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, também traz pontos importantes quando sugere uma definição:

O Diagnóstico Rápido Participativo é um processo metodológico contínuo de pesquisa e reflexão sobre uma realidade ou situação, na perspectiva dos atores locais. Seu objetivo, em projetos comunitários, é permitir que a comunidade e os agentes locais de saúde tomem consciência de aspectos relacionados às condições de vida, saúde e seus determinantes, a fim de ampliar e aprofundar o conhecimento de seus problemas, suas capacidades e recursos para que possam, com autonomia, estabelecer as bases para o planejamento de ações relacionadas ao seu próprio desenvolvimento (Fundação Oswaldo Cruz, 2025, p.08).

Podemos perceber que as duas fontes citadas enfatizam a importância da perspectiva das pessoas, ou seja, a participação popular no âmbito da realização de um diagnóstico. Assim, valoriza-se o conhecimento local sobre a realidade ao tempo em que se mobiliza as interações coletivas. Nesse sentido, Castro e Abramovay (2015) compreendem que o processo de diagnóstico participativo serve para:

- ✱ possibilitar a tomada de consciência, tanto da comunidade como da entidade que realiza o diagnóstico, sobre os aspectos relacionados à sua realidade socioeconômica, política e cultural;
- ✱ promover a participação de diferentes grupos comunitários nos espaços de elaboração de políticas públicas (em particular as mulheres, pessoas em situação de vulnerabilidade, jovens, negros);
- ✱ proporcionar uma base para a planificação de atividades educativas, organizativas e mobilizadoras;
- ✱ coletar dados que possam proporcionar uma base para o sistema de avaliação da realidade e proposição de políticas e projetos;
- ✱ contribuir para dar maior poder de decisão à comunidade (Castro; Abramovay, 2015, p.11).



O material do Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (2025) propõe um roteiro de Diagnóstico Rápido Participativo:

Quadro 6 – Etapas do Diagnóstico Rápido-Participativo

- 1 - Aproxime-se do território;
 - 2 - Percorrendo o território;
 - 3 - Grupo focal;
 - 4 - Entrevistas semiestruturadas;
 - 5 - Rodas de conversa;
 - 6 - Sistematização dos resultados;
 - 7 - Devolutivas para a comunidade;
 - 8 - Desdobramentos/ relatórios.
- (Fundação Oswaldo Cruz, 2025)⁴

Fonte: Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2025).

Ao ampliar o diálogo e favorecer a troca de informações e conhecimentos, o Diagnóstico Rápido-Participativo se baseia em diferentes técnicas de pesquisa, que podem favorecer o acesso aos dados e oportunizar situações de convívio. Entre elas, podemos elencar as entrevistas, os grupos focais, a observação ou as rodas de conversa. Podem ainda ser pensadas oficinas com estratégias distintas, como a produção de mapas etc. Lembramos que as técnicas devem estar relacionadas com os objetivos do projeto e respeitar as especificidades sociais e culturais de cada contexto.

4 Para conhecer cada uma das etapas sugeridas em profundidade, veja o apêndice em FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde. Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) e Cartografia Participativa (CP): ferramentas para a abordagem das desigualdades sociais como determinantes das inequidades em saúde / Elaboração: SANTOS, B. C. *et al.* Petrópolis: Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/1330613c-cc24-4b1e-839d-06646efde500/content> Acesso em: 15 nov. 2025.

TÉCNICAS DE PESQUISA

No contexto de diferentes metodologias escolhidas para a realização de um projeto de pesquisa ou de intervenção, tem lugar uma série de técnicas (procedimentos) que podem ser empregadas de acordo com os objetivos e os resultados específicos de cada projeto. Sistematizamos informações básicas sobre 5 técnicas de pesquisa que podem ser utilizadas em um projeto: grupo focal, roda de conversa, entrevista, observação e questionário.

Recuperamos aqui o que lembra Deslandes (2012): as técnicas de pesquisa devem também considerar o conhecimento daquele (a, es) que realiza(m) o projeto. Nesse sentido, um roteiro de entrevistas ou um questionário, por exemplo, não são uma mera lista de perguntas. A ordem das questões, as categorias empregadas em sua redação, entre diversos outros fatores, podem influenciar nas informações construídas em campo. Para elucidar essa complexidade e permitir um aprofundamento sobre as técnicas de pesquisa, indicamos bibliografia complementar em cada um dos casos.

GRUPO FOCAL

Um grupo focal é formado por um coletivo pequeno (máximo de 15 pessoas) que conversa sobre um conjunto de perguntas (elencadas em um roteiro curto) feitas por um moderador. As pessoas são reunidas por características em comum – podem ser, por exemplo, realizados grupos focais com pacientes, com moradores do entorno da Unidade Básica de Saúde, com lideranças comunitárias etc. Valoriza-se a interação entre as pessoas, e não apenas com o moderador. É diálogo que permite compreender opiniões, acordos, discordâncias e percepções sobre o tema pautado.

O moderador precisa estar atento ao equilíbrio entre as falas, buscando a participação de todos os convidados, garantindo seu espaço de expressão. Pode ainda explorar em profundidade alguns dos aspectos mencionados pelos participantes, permitindo conhecer novas dimensões do que é tratado. É comum que, além do moderador, outro pesquisador também esteja presente, auxiliando nos registros de quem e do que é compartilhado na interação.

Para saber mais sobre as características dos grupos focais e suas formas de aplicação:

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RODA DE CONVERSA



As rodas de conversa reúnem pessoas diversas em torno de um roteiro comum, proposto e introduzido por um moderador. São assim chamadas porque realizadas de modo mais informal do que outras técnicas de pesquisa, com as pessoas sentadas em formato de círculo.

As rodas de conversa também são parte de metodologias qualitativas, favorecendo a escuta ativa e a interação entre os presentes, a construção coletiva de conhecimento, as trocas e debates.

Para saber mais sobre a roda de conversa como técnica de pesquisa:

MOURA, A. B. F. LIMA, M. G. S. B. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Interfaces da Educação**, v. 5, n. 15, p. 24-35, 2014.

OBSERVAÇÃO/ OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Enquanto os grupos focais, as rodas de conversa e as entrevistas têm como foco os discursos, as percepções e as representações das pessoas, a realização das observações permite compreender e analisar práticas e ações. Deslandes (2012) sistematizou algumas considerações sobre as observações:

As observações permitem conhecer práticas cotidianas e as formas de interação dos sujeitos e podem ser classificadas em vários tipos. Se considerarmos a continuidade, teremos observações assistemáticas (não há periodicidade definida) e sistemáticas. Podem ser estruturadas (seguem um roteiro prévio) ou não estruturadas (observam a espontaneidade dos fenômenos e interações). Se levarmos em conta o nível de envolvimento do(a) pesquisador(a) no cotidiano observado, teremos os tipos que variam de observador total (não participante), participante como observador e participante total, quando o pesquisador ingressa como membro do grupo. Podem ser feitas de forma individual ou em equipe (Deslandes, 2012, p. 20).

Na discussão sobre etnografia – metodologia importante na antropologia – há amplo debate sobre a observação, especialmente sobre a observação participante. Nesse contexto, os registros das observações são feitos em diários de campo, a partir dos quais são tecidas as análises dos pesquisadores. Nesses registros, tem espaço

a descrição das práticas, das interações, das conversas e dá-se uma atenção especial às categorias, às interpretações e aos significados mobilizados pelas próprias pessoas.

Para saber mais sobre observação participante, etnografia e saúde:

FERREIRA, J. FLEISCHER, S. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

ENTREVISTA

As entrevistas são baseadas no contato e na interação entre o pesquisador e o entrevistado. Elas captam, como mencionamos acima, as representações, percepções e os discursos das pessoas.

Em termos formais, as entrevistas se dividem em: entrevistas estruturadas (com roteiro fechado e fixo), semiestruturadas (roteiro flexível) ou abertas (sem roteiro pré-definido). Os roteiros de entrevista são, normalmente, divididos em blocos temáticos. As categorias e termos empregados devem ser cuidadosamente escolhidos, para evitar i) palavras desconhecidas ou incongruentes com o contexto; ii) indução de respostas.

Deslandes (2012), sugere:

A elaboração de um roteiro de entrevistas é tarefa bem delicada. Sugerimos que o roteiro tenha uma lógica próxima à das regras de sociabilidade, ou seja, que adentrem paulatinamente nos assuntos mais amenos aos mais íntimos ou polêmicos. É recomendável que o(a) pesquisador(a) organize o roteiro em blocos temáticos e que evite radicalmente fazer

perguntas que já contenham, implicitamente, valores ou comportamentos esperados (Deslandes, 2012, p. 21).

O local de realização das entrevistas, assim como o tempo de sua duração, devem ser pensados com atenção, dada a possibilidade que essa escolha tem de refletir no modo como são formuladas as respostas do entrevistado. As entrevistas podem ser gravadas ou não, isso depende dos acordos feitos com os interlocutores. Devemos lembrar sempre dos preceitos éticos necessários para a gravação e considerar os impactos que o uso do gravador pode ter sobre as falas.

Para saber mais sobre aspectos que marcam a relação entrevistador e entrevistado:

BOURDIEU, P. Compreender. In: BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 693-730.

QUESTIONÁRIO

Um questionário é uma proposta de técnica de pesquisa quantitativa que permite cobrir um grande escopo de respondentes (como, por exemplo, em um censo) e permite mapear frequência e intensidade. É formado por um roteiro de perguntas fixo e fechado, e as respostas são dadas de acordo com as alternativas listadas pelo pesquisador. Sobre essas alternativas ou opções de resposta, Deslandes (2012) pontua:

O que importa é que as opções sejam quantificáveis, claras, o mais excludentes possível (que o sujeito não precise marcar

mais de uma opção) e que cubram de forma exaustiva as prováveis opções de resposta. Esse tipo de instrumento requer que seja feito um pré-teste, avaliando a adequação da linguagem, a consistência e a coerência das respostas que permite (Deslandes, 2012, p. 21).

O pesquisador pode aplicar o questionário ao seu interlocutor, mas também existem questionários que são auto-aplicáveis. Como permitem a construção de estatísticas, pode ser importante calcular a amostra desejada e prever sua margem de erro.

Para saber mais sobre os aspectos relacionados aos questionários, ver:

MERLLIÉ, D. A construção estatística. *In*: CHAMPAGNE, P. *et al.* (orgs). **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 107-170.

PARA FINALIZAR

Existem alguns templates disponíveis para a construção dos projetos de intervenção. Na bibliografia listada abaixo, você pode encontrar em:

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO. **Modelo para elaboração de projeto de intervenção**. [2018?]. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/42705/mod_resource/content/2/MODELO%20PARA%20ELABORA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROJETO%20DE%20INTERVEN%C3%87%C3%83O.pdf Acesso em: 17 jan. 2026.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS). **Projeto de Intervenção do PROVAB**. Orientações para elaboração no modelo padrão. Fundação Oswaldo Cruz: Brasília, 2015. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/PROVAB/orientacoes_para_elaboracao_do_projeto_de_intervencao_provab.pdf Acesso em: 15 nov. 2025.

SOUSA, E. G. R. **Manual para elaboração de projetos de intervenção como trabalho de conclusão de curso**: lato sensu. Rio de Janeiro: Fiocruz; Farmaguinhos, 2021. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/c2c2334b-70c0-48c3-9576-9ec97c57cff7> Acesso em: 15 nov. 2025.



BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BOURDIEU, P. Compreender. *In*: BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 693-730. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/713637265/BOURDIEU-P-Compreender-1>. Acesso em: 20 nov. 2025.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Orientações para elaboração de trabalho de conclusão de curso (TCC)**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2018. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Manual_tcc.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025.

MERLLIÉ, D. A construção estatística. *In*: CHAMPAGNE, P. *et al.* (Orgs). **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 107-170.

MINAYO, M. C. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2013. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf> Acesso em: 20 nov. 2025.

MOURA, A. B. F.; LIMA, M. G. S. B. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Interfaces da Educação**, v.5,n.15, p. 24-35, 2014. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/448/414> Acesso em: 15 jan. 2026.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. Disponível em: https://www.academia.edu/107862489/Victora_Ceres_Knauth_Daniela_Hassen_Maria_Nazar%C3%A9_Agra_Pesquisa_qualitativa_em_sau_de_uma_introdu%C3%A7%C3%A3o_ao_tema Acesso em: 15 nov. 2025.

REFERÊNCIAS

CASTRO, M.G., ABRAMOVAY, M. **Guia do diagnóstico participativo.**

Brasília: Flacso [guia na Internet], 2015. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/112957/10381358/guia_do_diagnostico_participativo_flacso_brasil.pdf. Acesso em: 14 nov. 2025.

DESLANDES, S. Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção. *In*: LEITÃO, C. F.; SANTOS, H. (org.).

Curso de impactos da violência na saúde: Caderno do aluno: orientações para o curso de especialização. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2012. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/notas_elaboracao_projetos.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO. **Modelo para elaboração de projeto de intervenção.** [Pernambuco]: [s.n.], [2018?]. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/42705/mod_resource/content/2/MODELO%20PARA%20ELABORA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROJETO%20DE%20INTERVEN%C3%87%C3%83O.pdf Acesso em: 17 jan. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Orientações para elaboração de trabalho de conclusão de curso (TCC).** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2018. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Manual_tcc.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde. **Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) e Cartografia Participativa (CP):** ferramentas para a abordagem das desigualdades sociais como determinantes das inequidades em saúde/Elaboração: SANTOS, B. C. *et al.* Petrópolis: Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/1330613c-cc24-4b1e-839d-06646efde500/content> Acesso em: 15 nov. 2025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1996. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf Acesso em: 18 dez. 2025.

LASSANCE, A. **Como elaborar projetos de intervenção para a implementação de políticas públicas?** Brasília: Ipea, set. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2926-port>. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/837eade0-d7ad-44cf-9831-b6f82dcdb257> Acesso em: 15 nov. 2025.

SOUSA, E. G. R. **Manual para elaboração de projetos de intervenção como trabalho de conclusão de curso: *lato sensu***. Rio de Janeiro: Fiocruz; Farmaguinhos, 2021. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/c2c2334b-70c0-48c3-9576-9ec97c57cff7> Acesso em: 15 nov. 2025.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS). **Projeto de Intervenção do PROVAB**. Orientações para elaboração no modelo padrão. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz,, 2015. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/PROVAB/orientacoes_para_elaboracao_do_projeto_de_intervencao_provab.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025.

XAVIER, S. S. *et al.* Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 58, p. 285-295, jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29837/1/Artigo%20Rita%20Nascimento.%202018.pdf> Acesso em: 12 nov. 2025.

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTOS DO CUIDADO INTEGRAL E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Erico Gurgel Amorim





BOAS-VINDAS, COLEGA MÉDICO(A)!

Seja bem-vindo ao terceiro módulo da nossa jornada de atualização. Até aqui, discutimos conceitos fundamentais, mas agora vamos mergulhar na prática da gestão do cuidado da pessoa com deficiência dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como médico do Programa Mais Médicos, você sabe que o território impõe desafios únicos. Atender uma pessoa com deficiência (PcD) não é apenas tratar uma patologia; é coordenar uma rede, identificar riscos sociais e garantir que o cuidado seja contínuo. Neste manual, que servirá de guia para nossas videoaulas, vamos entender como a sua Unidade Básica de Saúde (UBS) se articula com os Centros de Reabilitação e como as novas ferramentas, como o eMulti e o Matriciamento, podem potencializar sua resolutividade clínica. Nosso objetivo é que, ao final desta leitura, você se sinta mais seguro para participar do cuidado integral às pessoas com deficiência. Vamos juntos transformar a Atenção Primária em um espaço de verdadeira inclusão?

O QUE VAMOS APRENDER NESTE MÓDULO?

Ao final deste percurso, você será capaz de:

1. Analisar o panorama epidemiológico da PcD, focando em comorbidades e causas de mortalidade precoce;
2. Operacionalizar o Modelo Biopsicossocial, utilizando ferramentas como a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M);
3. Articular a Rede de Cuidados (RCPD), compreendendo o fluxo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centro Especializado em Reabilitação (CER);
4. Liderar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conjunto com a equipe multiprofissional (eMulti).

O PANORAMA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para cuidar com equidade, precisamos entender quem são as pessoas com deficiência no nosso território e quais riscos elas enfrentam de forma desproporcional.

Muitas vezes, o foco exclusivo na deficiência faz com que o médico negligencie o rastreamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O sedentarismo atinge cerca de 75,4% desta população, um índice drasticamente superior à média nacional, o que eleva, exponencialmente, o risco de hipertensão, diabetes e desfechos cardiovasculares fatais (Nascimento *et al.*, 2023).

ALERTA CLÍNICO: COMPLICAÇÕES EVITÁVEIS

A “morte precoce” de pessoas com deficiência, na maioria das vezes, não decorre do seu impedimento físico ou sensorial original, mas sim da negligência do sistema em monitorar condições clínicas básicas e prevenir agravos secundários (Kuper *et al.*, 2024).

Como coordenador do cuidado, você deve estar atento às “Morbididades Secundárias”. São complicações que não deveriam ocorrer se o manejo clínico e domiciliar fosse eficaz:

- ✱ Lesões por pressão: frequentemente resultantes de falhas na orientação sobre mudança de decúbito e manejo da pele;
- ✱ Infecções Urinárias de Repetição: comuns em pacientes com bexiga neurogênica que não recebem suporte adequado para cateterismo intermitente ou higiene;
- ✱ Deformidades Osteomusculares: pela ausência de orientação postural básica ou demora na renovação de órteses e próteses;
- ✱ Violência: 67% das vítimas notificadas são mulheres e, entre as pessoas com deficiência (PcD), 58,1% dos casos registrados no SINAN envolvem pessoas com deficiência mental ou intelectual (Brasil, 2025). Frequentemente, o agressor é o próprio familiar ou cuidador, o que exige do médico uma escuta qualificada durante as consultas e visitas domiciliares.

REFLEXÃO CLÍNICA

Você já realizou a busca ativa das PcD do seu território para rastreamento de câncer de colo de útero ou mama este ano? Estudos indicam que a cobertura de exames preventivos cai drasticamente con-



forme o nível de incapacidade da mulher aumenta, devido a falhas nos processos da UBS e barreiras de acesso (Lira *et al.*, 2023).

A TRANSIÇÃO DE PARADIGMA: O MÉDICO AO BIOPSIKOSSOCIAL



A Lei Brasileira de Inclusão, LBI - Lei nº 13.146/2015 (Brasil, 2015), consolidou um novo marco: a deficiência não reside apenas no corpo do sujeito, mas na interação entre seus impedimentos físicos/mentais e as barreiras que a sociedade impõe (Almeida, 2017).

O INSTRUMENTO: CIF E IFBR-M

Para falar a “língua da rede”, o médico da Atenção Primária à Saúde (APS) deve se familiarizar com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). No Brasil, o instrumento utilizado é o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M), conforme Bernardes, Marcelino e Vilela (2024).

Diferente do diagnóstico clínico tradicional (CID), que foca na doença, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBr-M) focam em como a pessoa vive (Brasil, 2020).



O QUE VOCÊ DEVE INVESTIGAR NA CONSULTA BIOPSIKOSSOCIAL?

- 
1. Impedimentos: alteração biológica (ex.: lesão nervosa periférica);
 2. Atividade: o que o paciente consegue fazer (ex.: tomar banho, alimentar-se);
 3. Participação: o papel social (ex.: o paciente consegue ir à igreja ou ao trabalho?);
 4. Fatores ambientais: o que ajuda ou atrapalha no território (ex.: apoio familiar, falta de transporte adaptado).

Quadro 1 — Dimensões da Funcionalidade e Investigação Clínica

Dimensão da Funcionalidade	Foco da Investigação no Consultório
Biológica	Qual a natureza e estabilidade do impedimento físico ou sensorial?
Atividade	O paciente executa tarefas diárias com autonomia ou depende de terceiros?
Participação	Existem barreiras no território que impedem o paciente de exercer seu papel social?
Ambiental	Quais facilitadores (ex: tecnologia assistiva) ou barreiras existem no domicílio?

Fonte: próprio autor (2026).

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

A Rede de cuidados à pessoa com deficiência é organizada para garantir a integralidade do cuidado, desde a UBS até os serviços de

alta complexidade (Brasil, 2023a), mas para que ela funcione, o fluxo deve ser ordenado pela Atenção Primária.

OS PONTOS DE ATENÇÃO

1. Atenção Primária (à sua UBS): centro ordenador e coordenador do cuidado. Responsável pela busca ativa, diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal. Sem o seu acompanhamento longitudinal, o paciente “se perde” no sistema após uma alta especializada;

2. Atenção Especializada: os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) fornecem suporte de média e alta complexidade. São serviços de referência regional, divididos por modalidades (Física, Auditiva, Visual, Intelectual - Transtorno do Espectro Autista - TEA);



CER II: atende a 2 modalidades.



CER III: atende a 3 modalidades.



CER IV: atende todas as 4 modalidades.

3. Oficinas Ortopédicas: Unidades responsáveis pela confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses (OPM).

Um dos maiores gargalos na rede é a articulação entre a UBS e o CER. Estudos indicam que a ausência de regulação efetiva faz com que o serviço especializado muitas vezes ignore o PTS definido pela APS (Mota; Bousquat, 2023).

SAIBA MAIS: VAZIO ASSISTENCIAL

O “Vazio Assistencial” não é apenas a falta de prédios, mas a incapacidade da estrutura disponível de acompanhar a demanda. Em sua região, o maior desafio é a distância física ou a falta de profissionais especializados?

Nestes cenários, a sua capacidade de utilizar a Telessaúde para consultoria especializada torna-se uma estratégia vital para aproximar o saber do paciente (Bernardo *et al.*, 2025).

Você utiliza a Telessaúde para mitigar essas distâncias ou a falta de profissionais?

EMULTI E O MATRICIAMENTO: FORTALECENDO A SUA ATUAÇÃO

Com a Portaria GM/MS nº 635/2023, as equipes eMulti substituíram o antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com foco em atendimento direto no território, mais voltadas para a assistência direta e resolutividade (Brasil, 2023b).

Como o Matriciamento potencializa o cuidado?

O matriciamento não deve ser visto como uma “reunião de encaminhamento”, mas como um suporte técnico-pedagógico fundamental para o médico:

- * Dimensão Clínico-Assistencial: você e o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional da eMulti realizam um atendimento conjunto para avaliar um caso complexo na UBS ou no domicílio;
- * Dimensão Técnico-Pedagógica: momentos de discussão de casos onde a equipe multiprofissional compartilha saberes,

aumentando a sua autonomia clínica para manejar casos de reabilitação de baixa.

SAIBA MAIS

O papel das Especialidades Chave:

- * **Terapeuta Ocupacional (TO):** fundamental para prescrição de Tecnologias Assistivas (TA) e adaptações no domicílio que garantam a autonomia nas atividades de vida diária;
- * **Fonoaudiólogo:** atua na reabilitação das funções de linguagem, audição e deglutição, sendo indispensável para implementar sistemas de comunicação alternativa em pacientes com sequelas neurológicas, deficiências sensoriais, intelectuais ou TEA, garantindo a segurança alimentar e a interação social;
- * **Fisioterapeuta:** atua no diagnóstico cinético-funcional e na reabilitação motora ou respiratória, orientando pacientes e cuidadores sobre o posicionamento adequado e exercícios que previnem complicações como dores crônicas e lesões por pressão;
- * **Psicólogo:** oferece suporte clínico frente ao sofrimento psíquico, auxilia na aceitação da condição de deficiência e atua na prevenção da sobrecarga emocional dos familiares e cuidadores, fortalecendo a rede de apoio.



O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O PTS é a bússola do cuidado integral. Ele é um plano de ação pactuado que deve ser construído com o paciente e não apenas para o paciente. No PTS, o paciente não é apenas o objeto da intervenção, mas o sujeito ativo do seu próprio cuidado. Nesse contexto, o médico da Atenção Primária deve atuar como mediador, respeitando o direito à Tomada de Decisão Apoiada (TDA), especialmente em situações de deficiência intelectual ou mental onde o discernimento tradicionalmente era questionado por paradigmas arcaicos (Machado; Garrafa, 2023).

Etapas de elaboração (Passo a Passo):

1. Diagnóstico Ampliado: avalie não apenas a “doença”, mas os desejos, medos e o contexto social do paciente. Use o IFBr-M para entender o perfil funcional;
2. Definição de Metas: devem ser centradas na vida do sujeito e pactuadas. Ex.: o que o Senhor João deseja fazer? Em vez de uma meta técnica como: “melhorar a marcha”; a meta pactuada pode ser: “conseguir ir à padaria ou à igreja sozinho em 3 meses”;
3. Divisão de responsabilidades: quem faz o que? Ex.: o médico monitora as doenças crônicas; o fisioterapeuta atua na reabilitação; o Agente Comunitário de Saúde (ACS) verifica as barreiras físicas na residência;
4. Reavaliação: o plano está funcionando? As barreiras foram reduzidas? As metas foram atingidas?

SAIBA MAIS: PROTAGONISMO E AUTODETERMINAÇÃO

A transição definitiva para o modelo biopsicossocial impõe ao médico o dever ético de preservar a autonomia do paciente, mesmo diante de quadros de declínio cognitivo ou deficiência intelectual. A TDA, instituída pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e integrada ao Código Civil, art. 1.783-A, surge como um mecanismo jurídico e humanitário que substitui o modelo estigmatizante de interdição plena por um sistema de apoios escolhidos pelo próprio sujeito (Brasil, 2015; Menezes, 2017).

FERRAMENTAS PARA A LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO

O cuidado à PcD não termina na contrarreferência do CER; ele é uma jornada contínua no território.

- * **Visita Domiciliar (VD):** é no domicílio que a realidade biopsicossocial se revela. A VD é significativamente mais frequente no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) e permite identificar riscos (como quedas ou sobrecarga do cuidador) que mais dificilmente apareceriam no consultório (Macedo *et al.*, 2025).
- * **Monitoramento remoto:** o uso da Telessaúde permite que o médico da atenção primária mantenha o vínculo com pacientes em áreas de difícil acesso, reduzindo o absenteísmo e garantindo a vigilância clínica (Bernardo *et al.*, 2025).

ESTUDO DE CASO PARA FIXAÇÃO



* Cenário: dona Maria, 62 anos, cursando com hemiplegia à esquerda pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) há quatro meses. Hipertensa e diabética. Reside em uma área rural com ladeiras acentuadas.

* Desafio: ela recebeu alta do Centro Especializado em Reabilitação (CER) e retornou para a UBS. Contudo, ela não consegue comparecer às consultas devido às barreiras geográficas. Você nota, em uma visita, o início de uma lesão por pressão no calcâneo e sinais claros de depressão.

Como aplicar o conteúdo deste módulo?

1. Como você articularia a equipe eMulti para realizar um atendimento matricial no domicílio de Dona Maria?
2. Quais orientações técnico-pedagógicas você solicitaria ao Fisioterapeuta para capacitar o Agente de Saúde no monitoramento semanal da pele da paciente?
3. Considerando o Modelo Biopsicossocial, qual seria a meta central do PTS de Dona Maria para resgatar sua autonomia comunitária?

Parabéns por concluir esta etapa da sua qualificação!

Dúvidas? Participe do nosso Fórum de Discussão e compartilhe os desafios que você encontra na coordenação do cuidado da pessoa com deficiência em seu município!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. M. **Reabilitação e Inclusão Social da Pessoa com Deficiência**. Curitiba: CRV, 2017.

BERNARDES, L. C. G.; MARCELINO, M. A.; VILELA, L. V. O. **Avaliação da deficiência para acesso a políticas públicas**: contribuições para um instrumento unificado de avaliação da deficiência. Brasília, DF: Ipea, 2024. 118 p. DOI: <https://doi.org/10.38116/td2979-port>.

BERNARDO, D. *et al.* Telehealth in primary health care: a study of activities and time spent by professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 33, e4500, 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Resolução nº 01, de 05 de março de 2020**. Dispõe sobre a aprovação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado - IFBrM como Instrumento de Avaliação da Deficiência. Brasília: MDH, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui as equipes multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

KUPER, H. *et al.* The association between disability and mortality: a mixed-methods study. **The Lancet Public Health**, Londres, v. 9, n. 5, p. e306–e315, maio 2024. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00054-9.

LIRA, E. V. H. *et al.* Desafios enfrentados por mulheres com deficiência física na realização do exame Papanicolau. **RevistaFT**, Rio de Janeiro, v. 28, ed. 135, jun. 2023.

MACEDO, M. S. *et al.* Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e16312023, fev. 2025.

MACHADO, I. L. O.; GARRAFA, V. Tomada de decisão apoiada para pessoas idosas que vivem com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3149–3158, nov. 2023.

MENEZES, J. B. Tomada de decisão apoiada: instrumento de apoio ao exercício da capacidade civil da pessoa com deficiência instituído pela lei brasileira de inclusão (Lei n. 13.146/2015). **Revista Brasileira de Direito Civil**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 03, 2017.

MOTA, P. H. S.; BOUSQUAT, A. Fragmentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: a visão dos gestores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, 2023.

NASCIMENTO, C. R. O. *et al.* Deficiências e comportamentos de risco: análise de inquérito populacional brasileiro. **Revista de Enfermagem Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 1-13, 2023.

CAPÍTULO 4

ACESSIBILIDADE, CAPACITISMO E COMUNICAÇÃO INCLUSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Erico Gurgel Amorim





BOAS-VINDAS

Seja muito bem-vindo ao Módulo 4 da nossa jornada de atualização. Se no módulo anterior aprendemos a coordenar a rede externa e os fluxos de reabilitação, agora o nosso olhar se volta para a “microgestão” do cuidado: o ambiente da sua Unidade Básica de Saúde (UBS) e a dinâmica ética e comunicacional dentro do seu consultório.

Muitas vezes, a acessibilidade é erroneamente reduzida à presença de uma rampa na entrada do prédio. Entretanto, de que serve a rampa se, ao entrar na sala, o paciente é ignorado e o médico dirige a palavra apenas ao acompanhante? Ou se a maca é alta demais e o exame físico é sumariamente negligenciado? Neste módulo, entenderemos que a inacessibilidade é uma falha na segurança do paciente e uma barreira ética grave que impede o exercício da medicina equitativa.

Vamos aprender a identificar o capacitismo — o preconceito estrutural que dita como corpos e mentes “devem” ser — e a utilizar ferramentas práticas de comunicação e manuseio que garantam a plena autonomia do sujeito. Este material será a sua base técnica para a Etapa 2 do seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): o Diagnóstico de Barreiras na sua unidade.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final deste percurso, você será capaz de:

1. Classificar as dimensões da acessibilidade (física, comunicacional, atitudinal, instrumental, programática e metodológica) no cotidiano da Unidade Básica de Saúde (UBS);
2. Identificar e combater o capacitismo na prática clínica, reconhecendo comportamentos de infantilização e invisibilização diagnóstica;
3. Implementar estratégias de Comunicação Inclusiva, dominando a técnica Teach-Back (TBC) e o uso de recursos de comunicação alternativa;
4. Executar protocolos de segurança para transferência e exame físico, garantindo a integridade da pele e a dignidade do paciente.

ENTENDENDO O CAPACITISMO

O capacitismo é um sistema de opressão que hierarquiza corpos e mentes com base em um padrão idealizado de “normalidade” e funcionalidade produtiva (Mello, 2019). Na medicina, ele se manifesta de forma sutil, mas profundamente prejudicial ao vínculo terapêutico.

MANIFESTAÇÕES DO CAPACITISMO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

- * **Infantilização:** tratar adultos com deficiência como crianças, utilizando diminutivos (“anjinho”, “especial”) ou alterando o tom de voz para uma “voz de bebê”.
- * **Superproteção:** assumir o lugar de fala do paciente ou realizar tarefas que ele é capaz de fazer sozinho, anulando sua autodeterminação e o direito à Tomada de Decisão Apoiada.
- * **Mito da Assexualidade:** ignorar a saúde sexual e reprodutiva da Pessoa com Deficiência (PcD) por acreditar que ela não possui vida afetiva ou sexual, resultando na baixa oferta de preventivos e orientações contraceptivas.
- * **Eclipse Diagnóstico:** atribuir qualquer queixa nova à deficiência de base do paciente, ignorando a investigação clínica padrão. Por exemplo, ignorar uma dor abdominal em um paciente com paralisia cerebral por acreditar que é “próprio do quadro”.

REFLEXÃO CLÍNICA

Você fala diretamente com o seu paciente ou direciona o olhar e as perguntas apenas para o acompanhante? Lembre-se: o acompanhante é fonte complementar; o consentimento e a decisão pertencem ao paciente (Conselho Nacional do Ministério Público, 2016).



O PERIGO DA INVISIBILIDADE CLÍNICA

O “Eclipse Diagnóstico”, ou *diagnostic overshadowing*, ocorre quando os sintomas de uma nova doença física ou mental de uma pessoa com deficiência são erroneamente atribuídos à sua deficiência de base. Por exemplo, a irritabilidade súbita em um paciente com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) pode ser causada por uma dor de dente ou infecção urinária, mas é frequentemente tratada apenas como um “comportamento típico do autismo”.

Para aprofundar esse tema e evitar erros diagnósticos graves, recomendamos a leitura de:

COSTA, L. S. *et al.* Um diálogo com as alternativas de de-estruturação do capacitismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 323–324, jan. 2023.

Este artigo discute como a visão “corponormativa” e capacitista cega o profissional para as necessidades clínicas reais da pessoa com deficiência, prejudicando a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

AS DIMENSÕES DA ACESSIBILIDADE NA UBS

A acessibilidade na Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser analisada sob múltiplas facetas para que o diagnóstico de barreiras seja eficaz. Para auditar sua unidade, você pode utilizar as dimensões propostas por Sassaki (2019).

Quadro 1 - Dimensões da Acessibilidade e Suas Manifestações Práticas no Âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS)

Dimensão	Definição Prática na UBS	Exemplo de Barreira Comum
Física/Arquitetônica	Ausência de barreiras físicas e de construção no ambiente.	Portas estreitas (vão livre menor que 80 cm) ou balcões de atendimento excessivamente altos.
Comunicacional	Ausência de barreiras na transmissão e recepção de mensagens.	Falta de intérprete de Libras, ausência de braille em receitas ou sinalização tátil inexistente.
Metodológica	Ausência de rigidez nos métodos, técnicas e protocolos clínicos.	Anamnese padronizada que não permite o uso de pranchas de comunicação ou o tempo necessário para o paciente responder.
Instrumental	Superação de barreiras em instrumentos, ferramentas e tecnologias assistivas.	Falta de balança plataforma para cadeirantes, macas de altura fixa ou mamógrafos que exigem posição em pé.
Programática	Eliminação de barreiras invisíveis embutidas em políticas, normas e regulamentos.	Fluxos que não preveem tempo estendido ou sistemas de marcação que não priorizam horários de baixo estímulo sensorial para TEA.
Atitudinal	Percepção do outro sem preconceitos, estigmas ou discriminações.	Profissionais que infantilizam o paciente, utilizam tom paternalista ou evitam o contato visual direto.

Fonte: Adaptado a partir de Sassaki (2019).

ACESSIBILIDADE FÍSICA

A falha estrutural do prédio não pode ser a falha final do seu cuidado. Pequenas adaptações no consultório aumentam drasticamente a segurança (Clemente *et al.*, 2022).

AUDITORIA RÁPIDA DO CONSULTÓRIO

-  Rota Livre: certifique-se de que há um espaço livre de pelo menos 1,50 m de diâmetro para que uma cadeira de rodas possa girar 360 graus;
-  Remova lixeiras, bolsas no chão ou cadeiras extras que bloqueiam o caminho entre a porta e a maca;
-  Elimine tapetes soltos e desníveis superiores a 5 mm que possam causar quedas de pacientes com mobilidade reduzida ou cegueira.

SAIBA MAIS: NBR 9050/2020

Para que uma Unidade Básica de Saúde seja considerada acessível, ela deve cumprir rigorosamente a ABNT NBR 9050/2020 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020). Esta norma estabelece que rampas de acesso devem ter inclinação máxima de 8,33% e possuir corrimão duplo (em alturas de 0,70 m e 0,92 m) com prolongamento de 30 cm nas extremidades para garantir a segurança de pessoas com deficiência física e visual (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020).. A não conformidade com esses parâmetros é um fator direto de risco para quedas e exclusão institucional.

Quadro 2 – Padrões de Acessibilidade para a UBS (NBR 9050:2020)

Elemento Técnico	Requisito Normativo (Parâmetro)	Impacto na Segurança e Autonomia
Rampas de Acesso	Inclinação máxima de 8,33%	Previne o esforço excessivo e o risco de tombamento de cadeiras de rodas.
Corrimão Duplo	Alturas de 0,70 m (inferior) e 0,92 m (superior)	Garante apoio firme para adultos, crianças e pessoas de diferentes estaturas.
Extensão de Corrimão	Prolongamento horizontal de 30 cm nas extremidades	Oferece equilíbrio ao usuário antes de iniciar ou finalizar o aclave/declive.
Vão Livre de Portas	Largura mínima de 0,80 m	Permite a passagem de cadeiras de rodas motorizadas e macas sem colisões.
Área de Manobra	Diâmetro livre de 1,50 m para giro de 360°	Possibilita que o cadeirante mude de direção sem auxílio de terceiros dentro do consultório.
Desníveis de Piso	Máximo de 5 mm (sem tratamento)	Evita tropeços de pessoas com cegueira ou mobilidade reduzida.
Mobiliário (Macas)	Altura regulável até o nível do assento (~46 cm)	Reduz o risco de quedas e lesões na coluna do profissional durante a transferência.

Fonte: Associação Brasileira de Normas Técnicas (2020).

PISO PODOTÁTIL

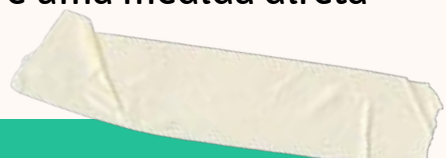
Muito além de um requisito arquitetônico, a sinalização tátil funciona como um guia de segurança invisível para quem enxerga, mas vital para a autonomia de pacientes cegos ou com baixa visão. Regida pela ABNT NBR 16537:2024 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2024) e em harmonia com a NBR 9050:2020, essa sinalização divide-se em dois tipos essenciais que você deve identificar na sua UBS:

 Piso Direcional: possui relevos lineares e funciona como uma “trilha”. Ele indica o caminho seguro a ser percorrido em áreas amplas ou onde não existam guias naturais (como paredes) para o balizamento.

 Piso de Alerta: conhecido pelos relevos tronco-cônicos (“bolinhas”), sua função é “gritar” um aviso de cuidado. Ele deve ser instalado obrigatoriamente para sinalizar obstáculos (como elevadores e lixeiras suspensas), mudanças de direção, desníveis ou o início de rampas e escadas.

O que garante a eficiência não é apenas a cor (embora o amarelo seja comum), mas o contraste de luminância (LRV) com o piso ao redor. A diferença deve ser de, no mínimo, 30 pontos, permitindo que o paciente com baixa visão perceba a rota mesmo sob luz reduzida.

Atenção: uma sinalização desgastada, solta ou suja perde sua “legibilidade” tátil. Inspecionar se o percurso está livre de obstáculos móveis (como carrinhos de curativo ou lixeiras) é uma medida direta de prevenção de quedas na sua unidade.



Para aprofundar seu conhecimento sobre como avaliar a infraestrutura da sua UBS, sugerimos a leitura:

ARAÚJO, Y. F. L. *et al.* Acessibilidade da pessoa com deficiência física às Unidades Básicas de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, e75651, 2022.

Este estudo avalia a infraestrutura de 80 UBS e demonstra como a falta de conformidade com a NBR 9050 impacta negativamente o acesso e a segurança do usuário.



EQUIPAMENTO MÉDICO ADAPTADO

O uso de macas fixas é um dos maiores obstáculos à segurança do paciente. A maca ideal deve ser regulável, permitindo o rebaixamento até a altura do assento da cadeira de rodas, aprox. 46 cm) para facilitar a transferência lateral (Brasil, 2021).

GESTÃO AMBIENTAL

Para usuários com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) ou deficiência intelectual:

- * **Redução de Estímulos:** priorize luzes suaves e controle ruídos excessivos (rádio/TV) na recepção e no consultório;
- * **Cantinho Sensorial:** se possível, reserve um espaço com menos estímulos para acolhimento em momentos de crise ou alta ansiedade. A UBS deve disponibilizar abafadores de ruídos quando solicitados.

ACESSIBILIDADE METODOLÓGICA

A acessibilidade metodológica transcende a mera adequação de espaços; ela reside na ausência de entraves nos métodos, técnicas e dinâmicas de atendimento. No consultório, ela se traduz na plasticidade da prática médica para se “curvar” às singularidades do indivíduo, permitindo que a técnica seja moldada para garantir a compreensão, a participação ativa e a autonomia plena do sujeito.

ADAPTAÇÕES NA ENTREVISTA CLÍNICA

Se o paciente apresenta dificuldades de fala ou cognitivas:

- * Perguntas Binárias: substitua perguntas abertas por fechadas (Sim/Não);
- * Pictogramas Médicos: use imagens e escalas visuais (Ex.: escala visual de dor com expressões faciais) para facilitar a comunicação dos sintomas;
- * Pranchas de Comunicação: ferramentas de baixo custo que utilizam símbolos visuais para mediar o diálogo médico-paciente;
- * Tempo Estendido: garanta que a agenda permita consultas mais longas para casos de comunicação complexa.

O EXAME FÍSICO ALTERNATIVO

Mulheres com deficiência física e presença de espasticidade severa frequentemente não conseguem ser posicionadas em mesas ginecológicas tradicionais. A acessibilidade metodológica exige que o preventivo (Papanicolau) possa ser realizado em posições alternativas (decúbito lateral, por exemplo) ou com o uso de lençóis para auxílio de posicionamento, garantindo que o rastreamento do câncer de colo de útero seja efetivado (Lira *et al.*, 2023).



PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA SEGURA

A transferência da cadeira de rodas para a maca é um momento crítico de risco para a pessoa e para a coluna do profissional.

1. Travamento: trave rigorosamente os freios da cadeira e da maca;
2. Nivelamento: ajuste a maca para que o destino esteja na mesma altura ou levemente abaixo da origem;
3. Comunicação: narre cada etapa. Sincronize o movimento com a contagem: “No 3! 1, 2, 3!”;
4. Preservação da Pele: use lençóis móveis para converter o levantamento em deslizamento, reduzindo a fricção e o cisalhamento tecidual.

ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL

A acessibilidade comunicacional é a dimensão que visa à eliminação de barreiras na comunicação interpessoal, escrita e virtual. Ela garante que a mensagem seja transmitida e recebida sem entraves, independentemente da condição sensorial, física ou cognitiva do indivíduo (Sasaki, 2019).

A acessibilidade comunicacional é fundamental para garantir o consentimento informado e a segurança do paciente, evitando erros diagnósticos decorrentes da incompreensão mútua entre profissional e usuário.

DEFICIÊNCIA VISUAL

- * Ao entrar na sala, apresente-se pelo nome e cargo. Avise sempre antes de sair;
- * Nunca toque no paciente sem avisar. Avise: “Vou tocar seu braço agora para guiá-lo até a maca”;
- * Guia Espacial: ofereça o cotovelo ou ombro. Evite termos como “ali” ou “aqui”. Use orientações quantificáveis: “A 5 passos à sua direita está a cadeira”;
- * Oportunize o envio de receitas, laudos ou recomendações por via digital (e-mail ou por aplicativo de comunicação). No caso de usuário com baixa visão, ofereça impressos com letras ampliadas e sem serifa.

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- * Fale sempre de frente para o paciente, em local bem iluminado. Garanta que a luz incida sobre o seu rosto e evite ficar contra a luz (contraluz), o que escurece os lábios e inviabiliza a leitura orofacial;
- * Articule bem as palavras, mantendo um ritmo pausado e natural. Não grite e não exagere nos movimentos labiais, pois o grito e a gesticulação excessiva distorcem a articulação e dificultam a compreensão;
- * Na presença de um intérprete de Libras (presencial ou por vídeo), mantenha o contato visual e direcione a fala sempre para o paciente. Ele é o protagonista do atendimento; o intérprete é apenas o canal de tradução.

TEA E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

- * Descreva previamente todos os passos da consulta e os instrumentos que serão usados (ex.: estetoscópio, abaixador de língua) para reduzir a ansiedade;
- * Utilize linguagem clara com a estrutura “Sujeito + Verbo + Objeto”. Evite jargões: prefira “remédio para dor” a “analgésico”.

ALERTA DE SEGURANÇA: A TÉCNICA TEACH-BACK (TBC)

Nunca pergunte “Você entendeu?”. A resposta automática é “Sim”. Use o TBC: “Para eu ter certeza de que expliquei bem, você poderia repetir com suas palavras como deve tomar este remédio?”.

SAIBA MAIS: LINGUAGEM SIMPLES

A Linguagem Simples não é uma forma de falar “simplória” ou infantilizada, mas uma técnica de comunicação que garante ao paciente o direito de entender as informações sobre sua própria saúde. Para usuários com Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou deficiência intelectual, ela é um recurso essencial para reduzir a ansiedade e promover a autonomia decisória.

Para qualificar sua comunicação e garantir que o usuário com TEA ou deficiência intelectual saia da consulta sem dúvidas, recomendamos a leitura do Guia de Linguagem Simples do Ict/ Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz, 2023). Ele oferece técnicas práticas para transformar textos e falas complexas em mensagens acessíveis, fundamentais para a equidade no SUS.



Quadro 3 – Glossário de Transposição – do Jargão Médico para a Linguagem Simples

Termo Técnico	Termo Alternativo (Linguagem Simples)	Categoria
Glicemia	Açúcar no sangue	Exame/ Condição
Hemorragia	Perda de muito sangue / Sangramento	Sintoma
Cefaleia	Dor de cabeça	Sintoma
Dispneia	Falta de ar	Sintoma
Disúria	Dor ou ardor ao fazer xixi	Sintoma
Astenia	Fraqueza ou cansaço intenso	Sintoma
Parestesia	Formigamento	Sintoma
Síncope	Desmaio	Sintoma
Obstipação	Prisão de ventre	Sintoma
Edema	Inchaço	Sinal Clínico
Prurido	Coceira	Sintoma
Monitorizar	Acompanhar as mudanças / Ver se algo mudou	Ação Clínica
Administrar	Dar o remédio / Aplicar	Ação Clínica
Comorbidade	Outros problemas de saúde que você já tem	Condição
Uso Tópico	Remédio para passar na pele (pomada/creme)	Medicação
Via Oral	Remédio para engolir	Medicação
Pós-prandial	Depois de comer / Após a refeição	Orientação
Assepsia	Limpeza para tirar os bichinhos (germes)	Procedimento

Fonte: próprio autor (2026).

DICAS PRÁTICAS PARA O CONSULTÓRIO

1. Use verbos de ação: prefira “Lave a ferida” em vez de “Proceda à higienização”;
2. Frases curtas: mantenha uma ideia por frase para facilitar a compreensão de pacientes com deficiência intelectual;
3. Evite siglas: não use “PA”, “HGT” ou “ICC” no diálogo com o paciente; diga “pressão”, “teste do açúcar” ou “problema no coração”;
4. Valide a compreensão: utilize sempre a técnica Teach-Back: “Pode me repetir com o seu jeito como você vai usar este remédio?”.

ESTUDO DE CASO

Identificação: Lucas, 28 anos, diagnóstico de Paralisia Cerebral (quadriparesia espástica) e Deficiência Intelectual moderada. Usuário de cadeira de rodas motorizada. Reside com a mãe, Dona Célia (62 anos), em área de difícil acesso geográfico.

Histórico Recente: Lucas chega à UBS apresentando irritabilidade súbita, distúrbio do sono e episódios de choro há 5 dias. Dona Célia relata que ele “está mais nervoso por causa do autismo” e solicita uma prescrição de sedativo/calmante. O médico observa que Lucas apresenta semblante de dor (fácies álgica), sudorese fria e um aumento notável da espasticidade nos membros inferiores.



BARREIRAS ENCONTRADAS NO ATENDIMENTO



1. Física: a porta do consultório possui apenas 70 cm de largura, impedindo a entrada da cadeira motorizada de Lucas. Ele aguarda o atendimento na sala de curativos, um ambiente improvisado.
2. Atitudinal e Ética: o médico dirige todas as perguntas apenas à Dona Célia, ignorando a presença de Lucas e não tentando estabelecer contato visual ou verbal com ele. No prontuário, a última nota diz: “paciente não colaborativo”.
3. Eclipse Diagnóstico: o profissional tende a aceitar a queixa da mãe de que a irritabilidade é “comportamental” ou “do autismo”, negligenciando a investigação de causas orgânicas agudas sugeridas pela sudorese e fácies de dor.

QUESTÕES REFLEXIVAS PARA O CURSISTA



- ✱ Considerando que o aumento da espasticidade pode ser um sinal de alerta para dor ou infecção, quais diagnósticos diferenciais orgânicos (ex.: infecção urinária, fecaloma ou apendicite) você investigaria antes de considerar a hipótese de agitação psicomotora?
- ✱ Como você realizaria a palpação abdominal de Lucas na sala de curativos, considerando a quadriparesia espástica e a necessidade de relaxamento da parede abdominal para identificar sinais de irritação peritoneal?
- ✱ De que forma você utilizaria pranchas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) ou perguntas binárias para validar com Lucas (e não apenas com a mãe) a localização e a intensidade da dor, respeitando o seu protagonismo?

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:** acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 13 jan. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 16537:** acessibilidade: sinalização tátil no piso: diretrizes para elaboração de projetos e instalação. Rio de Janeiro: ABNT, 2024. Disponível em: (https://levantebh.com.br/wp-content/uploads/2024/01/ABNT_2024b-Emenda-NBR16537.pdf). Acesso em: 14 jan. 2026.

ARAÚJO, Y. F. de L. *et al.* Acessibilidade da pessoa com deficiência física às Unidades Básicas de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, e75651, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.75651>. Acesso em: 13 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf. Acesso em: 13 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de orientações para acessibilidade nos serviços de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_acessibilidade_servicos_saude.pdf. Acesso em: 31 jan. 2026.

CLEMENTE, K. A. P. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 64, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>. Acesso em: 13 jan. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Manual de atendimento a pessoas com transtorno do espectro do autismo.** Brasília, DF: CNJ, 2025.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Roteiro de atuação do Ministério Público:** pessoa com deficiência e o direito à tomada de decisão apoiada e à curatela. Brasília: CNMP, 2016.

COSTA, L. S. *et al.* Um diálogo com as alternativas de desestruturação do capacitismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 323-324, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202328.15822022>. Acesso em: 13 jan. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Guia de linguagem simples do Icict**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Icict, 2023. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/61432>. Acesso em: 28 jun. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Comunicação Aumentativa e Alternativa em Unidades Básicas de Saúde na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS; ENSP; Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://proceedings.science/isaacbrasil-2025/trabalhos/comunicacao-aumentativa-e-alternativa-em-unidades-basicas-de-saude-na-cidade-do?lang=pt-br>. Acesso em: 13 jan. 2026.

LIRA, E. V. de H. *et al.* Desafios enfrentados por mulheres com deficiência física na realização do exame Papanicolau. **RevistaFT**, [S. l.], v. 28, ed. 135, jun. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/desafios-enfrentados-por-mulheres-com-deficiencia-fisica-na-realizacao-do-exame-papanicolau/>. Acesso em: 13 jan. 2026.

MARQUES, J. F. *et al.* Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0009, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>. Acesso em: 13 jan. 2026.

MELLO, A. G. Politizar a deficiência, aleijar o queer: algumas notas sobre a produção da hashtag #ÉCapacitismoQuando no Facebook. In: PRATA, N.; PESSOA, S. C. (org.). **Desigualdades, gêneros e comunicação**. 1. ed. São Paulo: Intercom, 2019. p. 125-142. Disponível em: http://portcom.intercom.org.br/ebooks/arquivos/ebook_desigualdades_251019.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

SASSAKI, R. K. **As sete dimensões da acessibilidade**. 1. ed. Araraquara-SP: Larvatus Prodeo, 2019.

CAPÍTULO 5

INTERSETORIALIDADE, INTERPROFISSIONALIDADE, DEFICIÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO CONTEXTO DO SUS

Éverton Luís Pereira



INTRODUÇÃO

A complexidade dos problemas de saúde que atravessam a sociedade contemporânea tem colocado em xeque modelos de atenção centrados exclusivamente na dimensão biomédica do cuidado. No contexto brasileiro, essa crítica ganha especial relevância diante das desigualdades sociais persistentes, das múltiplas vulnerabilidades que atravessam os territórios e da diversidade de necessidades apresentadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico, não apenas como porta de entrada do sistema, mas como espaço privilegiado para a produção do cuidado integral, contínuo e territorializado. Essa afirmação leva em conta que é a partir do território que as pessoas se organizam e que é possível uma promoção de saúde real e condizente com as necessidades da população de um modo geral.

A organização do cuidado na APS exige a articulação de diferentes saberes e práticas, uma vez que as necessidades de saúde não se apresentam de forma fragmentada. Essa exigência torna centrais os conceitos de interprofissionalidade e intersetorialidade, compreendidos não como meros arranjos administrativos, mas como princípios orientadores da produção do cuidado. Conforme destaca Ceccim (2018), a interprofissionalidade implica deslocar o foco da atuação

profissional isolada para a construção coletiva do cuidado, reconhecendo a incompletude dos saberes disciplinares frente à complexidade da vida.

A temática da deficiência intensifica esse debate, pois evidencia os limites de respostas centradas apenas em intervenções clínicas ou reabilitadoras. O modelo social da deficiência, conforme discutido por Santos (2015), ou mais recentemente os debates sobre modelo biopsicossocial da deficiência (Morais *et al.*, 2025), desloca a compreensão da deficiência do corpo individual para as relações sociais, ressaltando o papel das barreiras institucionais, arquitetônicas, comunicacionais e simbólicas e/ou capacitistas na produção da exclusão. Dessa forma, o cuidado às pessoas com deficiência exige práticas interprofissionais e ações intersetoriais capazes de enfrentar tais barreiras.

Neste texto, analisarei criticamente as relações entre interprofissionalidade, intersetorialidade, deficiência e Atenção Primária à Saúde. Parte-se do pressuposto de que a efetivação do direito à saúde das pessoas com deficiência depende da articulação entre diferentes políticas públicas e da transformação dos modos de produzir cuidado no cotidiano dos serviços. Ele dialoga diretamente com as aulas ministradas no curso UBS Acessível e Inclusiva, bem como com as bibliografias básicas e complementares disponibilizadas na plataforma. Recomenda-se fortemente acompanhar o debate a partir das obras de referência (também detalhadas ao final, na bibliografia). De toda forma, pontuarei o desenvolvimento dos principais conceitos e como eles podem ser instrumentalizados no cotidiano do trabalho do médico na APS.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CUIDADO

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição central na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela ordenação das redes de atenção. No entanto, como aponta Ayres (2009), a simples existência de serviços de APS não garante, por si só, a produção de cuidado integral. É necessário compreender os modelos de atenção à saúde que orientam as práticas e as relações estabelecidas entre profissionais e usuários.

Ayres (2009), afirma que os modelos assistenciais expressam concepções específicas sobre o processo saúde-doença, o papel dos sujeitos e os objetivos das intervenções. Para o autor, a organização das ações de saúde não pode ser reduzida a fluxos e protocolos, pois envolve dimensões éticas, políticas e simbólicas. Nesse sentido, o cuidado deve ser compreendido como uma prática relacional, construída no encontro entre sujeitos, e não apenas como aplicação de técnicas.

Segundo Ayres (2009), o cuidado deve ser pensado como uma possibilidade de realização no e a partir do encontro entre profissional e usuário. Nele, são negociados expectativas, sentidos e projetos de vida. Ou seja, somente a partir da produção coletiva (usuário, profissional e comunidade) do cuidado que será possível uma ampliação das práticas em saúde adequadas.

Essa concepção amplia o entendimento da APS como espaço de produção de vínculos e reconhecimento das necessidades singulares dos usuários. No caso das pessoas com deficiência, esse reconhecimento é fundamental para evitar práticas padronizadas que desconsiderem as experiências de vida, os contextos sociais e as barreiras enfrentadas no cotidiano. Nesse sentido, torna-se necessário um reconhecimento profundo, inicialmente, da pessoa com deficiência como

um sujeito de direitos, que vive sua vida não apenas a partir de seus impedimentos corporais, mas como um sujeito integral no mundo.

A APS, quando orientada pelos princípios da integralidade e da equidade, possibilita identificar necessidades que extrapolam o campo clínico, demandando articulação com outros pontos da rede de atenção e com políticas de outros setores. Assim, a organização das ações de cuidado na APS exige tanto práticas interprofissionais quanto estratégias intersetoriais. Em se tratando do atendimento às pessoas com deficiência e suas famílias, é essencial que a prática médica leve em consideração esses princípios para que os sujeitos não sejam reduzidos exclusivamente às suas questões corporais ou biológicas.

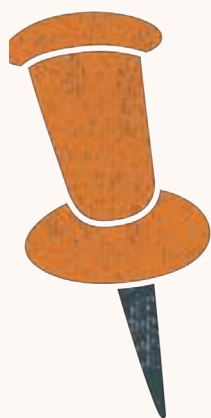
INTERPROFISSIONALIDADE: CONEXÕES, FRONTEIRAS E PRODUÇÃO DO CUIDADO

A interprofissionalidade tem sido amplamente debatida no campo da saúde como resposta à fragmentação do cuidado e à especialização excessiva das práticas. Ceccim (2018) propõe compreender a interprofissionalidade como um processo que envolve tanto a forma de organização do trabalho quanto a formação dos profissionais de saúde.

Para o autor, as fronteiras entre as profissões não são naturais, mas construídas histórica e institucionalmente, muitas vezes marcadas por disputas de poder e hierarquias de saber. A interprofissionalidade, nesse sentido, não elimina as diferenças entre os núcleos profissionais, mas propõe que essas diferenças sejam colocadas em diálogo na produção do cuidado.

Ceccim (2018) destaca que é imprescindível que as diferentes profissões saiam de seus núcleos profissionais específicos e construam respostas compartilhadas quando da atuação em saúde. Assim, e quando isso acontece, a interprofissionalidade se torna possível.

Essa implicação exige abertura ao diálogo, reconhecimento da incompletude do próprio saber e disposição para o trabalho coletivo. Na APS, a interprofissionalidade se materializa em espaços como reuniões de equipe, discussões de casos e construção de projetos terapêuticos singulares, além do compartilhamento de projetos e expectativas profissionais.



No cuidado às pessoas com deficiência, a interprofissionalidade é especialmente relevante, pois as demandas frequentemente envolvem dimensões clínicas, funcionais, psicossociais e comunitárias. A atuação isolada de um único profissional tende a produzir respostas parciais, reforçando a fragmentação do cuidado.

Além disso, quando se trata de pessoas com deficiência, o cuidado amplia o espectro de atuação, ou seja, torna-se especialmente importante o compartilhamento de estratégias para melhor atender as demandas dos usuários. Falo, especificamente, sobre a mudança paradigmática que envolve a própria ideia de deficiência, que não se resume apenas às questões corporais, mas sim, biopsicossociais. O conhecimento das várias profissões em saúde (e não apenas delas, como veremos a seguir) são essenciais para a produção de saúde como ato vivo.

Apesar do reconhecimento da importância da interprofissionalidade, sua efetivação enfrenta obstáculos significativos, especialmente no campo da formação em saúde. Ceccim (2018) argumenta que os processos formativos ainda são predominantemente organizados a partir de uma lógica disciplinar, que reforça identidades profissionais rígidas e dificulta a construção de práticas colaborativas.

Segundo o autor, a formação centrada na transmissão de conteúdos técnicos tende a desconsiderar a dimensão relacional do cuidado e a complexidade dos problemas enfrentados nos serviços de saúde. Como resultado, os profissionais chegam ao cotidiano da APS com pouca experiência em trabalho coletivo e em tomada de decisões compartilhadas.

Ceccim (2018) afirma que no processo de formação dos profissionais, especialmente voltadas para o mundo do trabalho, não é suficiente ensinar apenas a dividir tarefas, mas principalmente refletir sobre as possibilidades de criar condições para o compartilhamento de saberes e encontro entre sujeitos.

Essa reflexão é fundamental para pensar a qualificação do cuidado às pessoas com deficiência na APS. A ausência de formação interprofissional pode resultar em práticas fragmentadas, com encaminhamentos excessivos e pouca articulação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado.

Isso foi particularmente visível quando ministramos a primeira versão do curso UBS Acessível e Inclusiva. Percebemos uma lacuna significativa no processo de formação médica: poucos dos cursistas haviam tido contato com as discussões mais contemporâneas sobre deficiência. Esse fato pode criar uma dificuldade em articular os conhecimentos técnicos com os saberes necessários às práticas de cuidado com essa população. Nesse sentido, surgem as oportunidades de formação continuada, como é o caso desse curso.

A superação desses limites exige investimento em processos de educação permanente em saúde, que valorizem a reflexão sobre a prática e a construção coletiva do conhecimento no próprio território.

O que você acha de ampliar essa formação com outros colegas da sua equipe?

A partir das questões que você discutiu ao longo dessa formação, possivelmente, você pode amplificar os debates sobre deficiência com colegas de outras formações. Pense nisso! E conte conosco para auxiliar nesse caminho!

INTERSETORIALIDADE E PRODUÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO



A intersectorialidade tem ocupado lugar central nos debates sobre políticas públicas, especialmente no campo da saúde, sendo frequentemente apresentada como estratégia para o enfrentamento dos determinantes sociais (Buss; Pelegrini-Filho, 2007) do processo saúde-doença. No entanto, conforme problematizam Akerman *et al.* (2014), o uso recorrente do termo intersectorialidade não garante sua efetivação como prática concreta. Para os autores, a intersectorialidade não deve ser compreendida como um arranjo técnico neutro, mas como um processo político, marcado por disputas, negociações e diferentes interesses institucionais.

Essa perspectiva rompe com visões idealizadas da intersectorialidade e permite compreender os desafios enfrentados em sua implementação no cotidiano das políticas públicas. No campo da saúde, a intersectorialidade implica reconhecer que as condições de vida, trabalho, moradia, escolaridade e mobilidade urbana exercem influência decisiva sobre a saúde das populações, não podendo ser enfrentadas exclusivamente pelo setor sanitário.

Na Atenção Primária à Saúde, a intersectorialidade se materializa no território, por meio da articulação entre as equipes de saúde e outros equipamentos sociais, como escolas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), conselhos tutelares, associações comunitárias e organizações da sociedade civil. Essas articulações ampliam a capacidade de resposta às necessidades da população, especialmen-



te nos casos que envolvem vulnerabilidades múltiplas, como as vivenciadas por pessoas com deficiência.

Nesse sentido, é importante retomar as mudanças conceituais que guiam a trajetória dos debates sobre a deficiência nos serviços e nas políticas públicas. A compreensão da deficiência a partir do modelo social representa uma mudança paradigmática nas políticas públicas e nas práticas de cuidado. Santos (2015) destaca que o modelo biomédico, ao centrar a deficiência no corpo individual, contribui para a medicalização da diferença e para a responsabilização do indivíduo por sua condição. Em contraposição, o modelo social desloca o foco para as barreiras sociais que produzem exclusão e desigualdade.

Segundo Santos (2015) e Moraes *et al.* (2025), não é possível refletir na deficiência apenas como uma questão individual, sendo preciso observar a condição como algo relacional. Nesse sentido, a deficiência é produzida na interação entre um corpo diverso com uma sociedade não apta ou que não reconhece essa diversidade. Essa questão também está expressa na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), conforme já discutimos no primeiro módulo deste curso.

Essa concepção impõe desafios significativos às políticas sociais, pois exige abordagens que integrem diferentes setores e saberes. No campo da saúde, implica reconhecer que o cuidado às pessoas com deficiência não se restringe à reabilitação funcional, mas envolve a promoção da autonomia, da participação social e do acesso a direitos.

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade aparecem, nesse contexto, como estratégias fundamentais para a efetivação do modelo biopsicossocial da deficiência. Santos (2015) enfatiza que políticas fragmentadas tendem a reproduzir desigualdades, ao passo que ações articuladas ampliam as possibilidades de inclusão social. Essa questão, como discutido no módulo 1, também está expressa na Lei Brasileira de Inclusão.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria nº 793/2012 (Brasil, 2012), representa um avanço normativo importante na organização do cuidado no SUS. A Portaria reconhece a necessidade de uma rede articulada, composta por diferentes pontos de atenção, e atribui à Atenção Primária à Saúde papel central na coordenação do cuidado.

De acordo com a Portaria nº 793/2012 (Brasil, 2012), a APS é responsável pela identificação das necessidades das pessoas com deficiência, pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação com os serviços especializados. Essa diretriz reforça a compreensão de que o cuidado às pessoas com deficiência deve ser contínuo e integrado, evitando a fragmentação e a descontinuidade das ações.

A atuação da APS na Rede de Cuidados exige práticas interprofissionais, capazes de articular diferentes saberes na construção de projetos terapêuticos singulares. Ao mesmo tempo, demanda ações intersetoriais voltadas à superação das barreiras sociais que limitam a participação plena das pessoas com deficiência na vida comunitária.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2010, reafirma a intersetorialidade como princípio estruturante das ações de promoção da saúde. O documento reconhece que a promoção da saúde envolve a criação de condições favoráveis à vida, à autonomia e à participação social, o que exige articulação entre diferentes políticas públicas.

Segundo a PNPS a promoção da saúde pressupõe a articulação entre políticas públicas, setores governamentais e a sociedade civil (Brasil, 2010).

No campo da deficiência, essa perspectiva é particularmente relevante, pois evidencia que a inclusão social depende de ações que vão além do setor saúde, envolvendo acessibilidade urbana, educação inclusiva, políticas de trabalho e renda e garantia de direitos humanos.

A Atenção Primária à Saúde, ao atuar no território, assume papel estratégico na articulação dessas ações, fortalecendo redes de apoio e promovendo práticas inclusivas no cotidiano dos serviços.



DESAFIOS ESTRUTURAIS À INTERPROFISSIONALIDADE E À INTERSETORIALIDADE

Apesar dos avanços normativos e conceituais, a efetivação da interprofissionalidade e da intersectorialidade enfrenta inúmeros desafios no contexto do SUS. Entre eles, destacam-se a fragmentação das políticas públicas, a precarização do trabalho em saúde, a sobrecarga das equipes da APS e a fragilidade dos mecanismos de gestão compartilhada.

Ceccim (2018) destaca que a interprofissionalidade não pode ser reduzida a uma exigência normativa, devendo ser construída no cotidiano do trabalho, a partir da valorização do encontro entre profissionais e usuários. Akerman *et al.* (2014) reforçam que a intersectorialidade exige reconhecimento dos conflitos como parte constitutiva do processo, não devendo ser ocultados em nome de consensos artificiais.

No campo da deficiência, Santos (2015) ressalta que a superação das desigualdades exige participação ativa das pessoas com deficiência na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, fortalecendo o controle social e a democracia. Assim, uma das formas de ampliação da capacidade da APS em acolher e atender as pessoas com deficiência e suas famílias é fortalecendo o território, reconhecendo quantos usuários desse grupo temos e quais são as reais necessidades dessa população.

Você e sua equipe já mapearam quantas pessoas com deficiência moram em seus territórios? Sabem quais são as demandas?

Uma das estratégias que sugerimos é que seja criado esse mapeamento. Sem dúvida, isso ampliará a capacidade de resposta da APS para essa população. Pense nisso!

De acordo com o que discutimos, a análise das interfaces entre intersectorialidade, interprofissionalidade, deficiência e Atenção Primária à Saúde evidencia que a produção do cuidado integral no SUS depende de transformações profundas nos modos de organizar o trabalho em saúde e as políticas públicas. Além disso, a literatura nos aponta para a APS como espaço privilegiado para a materialização dessas transformações.

Pensar o cuidado às pessoas com deficiência a partir do modelo biopsicossocial implica reconhecer que a saúde é produzida nas relações sociais e que a superação das desigualdades exige ações interprofissionais e intersectoriais articuladas no território. Trata-se, portanto, de uma escolha ética e política, alinhada aos princípios do SUS e à defesa dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- AYRES, J. R.C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 49-60, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 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 (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 31 jan. 2026.
- BUSS, R.; PELEGRINI-FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação**, Saúde, Educação, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.
- MORAIS, I. A.; RESENDE, M. C.; MERCHAN-HAMANN, E.; PEREIRA, E. L. Modelo biopsicossocial na avaliação da deficiência: deficiência não é um código da CID. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 8, p. 1-12, 2025.
- SANTOS, W. Modelo social, interdisciplinaridade e intersetorialidade: desafios às políticas sociais para a deficiência no Brasil. *In*: RODRIGUES, V. A. **Observatório Internacional de Capacidades Humanas**, Desenvolvimento e Políticas Públicas, n. 2. Brasília: UnB/Fundação Oswaldo Cruz, 2015. p. 261-280

CAPÍTULO 6

**DA FORMAÇÃO À
TRANSFORMAÇÃO DO
TERRITÓRIO: EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE
PARA A INCLUSÃO DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Aline Oliveira Cardoso
Isac Davidson S. F. Pimenta





INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na garantia do direito à saúde das pessoas, por constituir a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), além de desempenhar papel central na coordenação do cuidado e na articulação com outros pontos da rede. Sua função estratégica reside na capacidade de coordenar o cuidado e promover a integralidade, garantindo que o direito constitucional à saúde seja efetivado por meio de uma assistência capilarizada e próxima à comunidade (Starfield, 2002).

No caso das pessoas com deficiência, esse papel torna-se ainda mais relevante, uma vez que a APS pode favorecer acolhimento, vínculo, acompanhamento longitudinal e identificação de necessidades singulares de cuidado (Miranda *et al.*, 2024). Contudo, apesar dos avanços normativos e das políticas públicas voltadas à inclusão, persistem barreiras físicas, comunicacionais, organizacionais e atitudinais que afetam a qualidade da atenção ofertada a esse público, resultando em uma menor utilização dos serviços e comprometendo a equidade no acesso (Condessa *et al.*, 2020).

Estudos apontam que profissionais da APS ainda tendem a associar a deficiência a uma lógica especializada ou reabilitadora, o que pode fragilizar o reconhecimento da APS como espaço privilegiado

para a promoção de direitos, participação social e cuidado integral (Othero; Dalmaso, 2009; Fernandes *et al.*, 2023; Fiorati *et al.*, 2018).

Nesse contexto, torna-se fundamental investir em processos formativos e de educação permanente em saúde, capazes de ampliar a sensibilidade, as competências clínicas, comunicacionais e inter-profissionais dos trabalhadores para a construção de práticas mais inclusivas e acessíveis.

Neste sentido, o curso “UBS Acessível e Inclusiva” foi concebido com o objetivo de ampliar a capacidade e a sensibilidade de médicos dos programas de provimento do Governo Federal do Brasil para o atendimento qualificado às pessoas com deficiência no âmbito da atenção primária à saúde.

O curso foi realizado no formato de educação à distância (EAD), utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) com duração de seis semanas, onde os participantes percorreram um itinerário formativo que combinava estudo teórico, atividades reflexivas através de fóruns de discussão e a elaboração de um projeto de intervenção voltado à melhoria da acessibilidade e da inclusão das pessoas com deficiência em suas respectivas UBS. Participaram médicos distribuídos por diferentes estados brasileiros, incluindo municípios urbanos, rurais, remotos, indígenas, ribeirinhos e regiões de difícil acesso. Na edição de 2026, finalizaram o curso 411 participantes.

Este capítulo sistematiza a experiência de supervisão pedagógica dessa iniciativa, destacando desafios, estratégias, resultados e aprendizados para futuras ofertas formativas.



EDUCAÇÃO PERMANENTE E O CURSO “USB ACESSÍVEL E INCLUSIVA”

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) define a educação permanente como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (Brasil, 2009). Diferentemente da educação continuada tradicional, caracterizada por cursos pontuais, a educação permanente parte dos problemas concretos do processo de trabalho e busca transformações nas práticas e na organização dos serviços (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A formação médica brasileira tradicionalmente abordou a deficiência de forma fragmentada, privilegiando aspectos diagnósticos e reabilitadores em detrimento de competências relacionais e compreensão dos determinantes sociais da saúde das pessoas com deficiência (Bastos; Nunes, 2022; Othero; Ayres, 2012).

Muitos participantes relataram, nos fóruns do curso, que era a primeira vez que refletiam sistematicamente sobre acessibilidade e direitos das pessoas com deficiência.

Para médicos atuantes em contextos diversos como os dos programas de provimento, a educação permanente possibilita uma articulação contextualizada entre conhecimentos teóricos e as múltiplas realidades encontradas dentro do território. Além disso, o processo de educação permanente permite uma reflexão prática sobre as rotinas no atendimento às pessoas com deficiências que são naturalizadas e que podem reproduzir um padrão de exclusão (Phillips; England; Wishengrad, 2021).

Nesse sentido, observamos atitudes muito comuns relatadas nas atividades dos cursistas, que ainda refletem esse padrão de comportamento de sua parte e da equipe. Muitos relataram desconhecer quantas pessoas com deficiência eram assistidas em seus territórios de atuação. Havia relatos ainda de que nem o profissional nem a equipe realizavam alguma atividade coletiva voltada para a saúde das pessoas com deficiência, reproduzindo ainda a abordagem focada somente na clínica curativista e não na promoção de saúde e prevenção de doenças.

Além disso, há um desconhecimento das barreiras que limitam a atenção às pessoas com deficiência na atenção básica. Muitos deles resumem a acessibilidade à estrutura física — como a disponibilidade de banheiros acessíveis, rampas, sinalização em braile —, não tendo em conta outras barreiras, como a atitudinal e as de comunicação, por exemplo.

Mediadores reportaram ainda que alguns alunos inicialmente demonstraram estranhamento com a correção do uso de termos que denotam capacitismo nos textos das atividades, mas que ao longo das semanas, boa parte dos alunos incorporaram um vocabulário mais adequado em seus projetos de intervenção.

Percebemos nas discussões de fóruns e nos projetos de intervenção a relevância da temática para os participantes no sentido de desenvolver as habilidades necessárias para superação desse modelo. O curso pode sensibilizar os profissionais para essas barreiras de inclusão, estimulando as competências como a comunicação, trabalho em equipe interprofissional e o planejamento de ações de

saúde de forma intersetorial, integrando instituições dos sistemas de assistência social, por exemplo.

O curso propiciou aos participantes a se enxergarem como um agente no processo de mudança para os serviços em que atuavam, integrando a equipe na identificação das pessoas com deficiência no território, reconhecimento das barreiras atitudinais e de comunicação e na colaboração em projetos de intervenções com diversas metodologias e temáticas.

A proposta de elaboração de projetos de intervenção ao final do curso representou desafios e oportunidades. Por um lado, exigiu dos alunos diagnóstico situacional de suas UBS e territórios, mapeamento de barreiras e articulação com equipes multiprofissionais. Por outro, conferiu concretude às discussões teóricas e potencializou a aplicação imediata dos conhecimentos.

ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO PEDAGÓGICO

A equipe pedagógica foi composta por quinze mediadores com formações nas áreas de saúde coletiva, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, educação física, enfermagem, antropologia e ciências sociais, acompanhados por dois supervisores responsáveis pelo suporte técnico-pedagógico, monitoramento do processo formativo e articulação das estratégias de acompanhamento dos estudantes. Cada mediador ficou responsável por turmas de aproximadamente 50 participantes.

Antes do início do curso, mediadores e supervisores passaram por um formação de 20 horas conduzida pela coordenação do curso, realizada entre 2 e 6 de março de 2026, organizada em três eixos fundamentais: eixo pedagógico e ético; eixo tecnológico; e o eixo de imersão prática.

No eixo pedagógico e ético, a formação promoveu o alinhamento em torno do Projeto Pedagógico do Curso, incluindo diretrizes para uma tutoria anticapacitista, uso de terminologia inclusiva adequada e padronização dos critérios de correção das atividades por meio de oficinas com o barema avaliativo. No eixo tecnológico, os mediadores foram capacitados para operar o AVA da AgSUS, gerenciar fóruns, extrair relatórios de progresso e utilizar as ferramentas de comunicação do sistema. No eixo de imersão prática, realizaram navegação autônoma pelas seis semanas do curso, com simulação de resolução de questionários e análise das estruturas do Projeto de Intervenção.

Com o início das atividades, o acompanhamento dos mediadores ao longo do curso foi organizado por meio de reuniões semanais de supervisão, realizadas preferencialmente no início de cada semana do curso. Essas reuniões tinham pautas estruturadas que integravam avaliação da participação dos cursistas, discussão sobre estratégias de engajamento, orientações sobre as atividades da semana seguinte e encaminhamento de questões administrativas junto à AgSUS e à coordenação do curso. Em paralelo, a supervisão manteve contato direto com os mediadores fora das reuniões, respondendo a dúvidas pontuais e encaminhando comunicados sobre questões técnicas da plataforma.

Um elemento central das estratégias adotadas foi o acompanhamento sistemático de indicadores a partir de dados extraídos da plataforma AVA. Isso permitiu a elaboração de relatórios comparativos para acompanhar a evolução do engajamento dos cursistas ao longo do tempo, tanto no acesso à plataforma e aos materiais, quanto na realização das atividades. Esses dados orientavam as estratégias de

busca ativa como o envio de mensagens personalizadas para cursistas que não haviam acessado a plataforma, para os que haviam acessado sem realizar as atividades e para os que estavam acumulando tarefas. Os textos das mensagens foram elaborados colaborativamente pela equipe de supervisão e compartilhados com os mediadores para uso nas suas turmas.



O cumprimento das correções das atividades foi utilizado como critério central na avaliação do desempenho dos mediadores pelos supervisores. A correção das tarefas era essencial pois implicava no *feedback* imediato para os cursistas sobre o seu desempenho, especialmente nos projetos de intervenção, e garantia o seu engajamento constante com as atividades do curso. Os prazos para correção foram pactuados de maneira coletiva, e os baremas que nortearam a avaliação eram sempre repassados nas reuniões semanais.

DESAFIOS DO PROCESSO FORMATIVO

Um achado relevante durante o processo de supervisão e análise de indicadores foi a ausência de correlação direta entre a participação dos cursistas e o desempenho dos mediadores. Isso significa que, ainda que os mediadores trabalhassem em níveis diferentes de engajamento nas correções de atividades e na busca ativa de participantes, a variação na participação dos cursistas era semelhante entre os grupos. Esse dado sugere que o engajamento dos cursistas pode ser influenciado por outras dinâmicas que vão além da atuação individual do mediador (Rodrigues *et al.*, 2018).

Os médicos participantes do curso estavam distribuídos em todas as regiões do Brasil, atuando em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com infraestruturas, equipes e populações adscritas muito distintas. Médicos em exercício enfrentam jornadas intensas fazendo com que a adesão e a permanência em cursos EAD dependam de estratégias que respeitem essa realidade como o predomínio de atividades assíncronas, carga horária bem distribuída e materiais didáticos pensados para serem acessados ao longo das semanas sem prejuízo ou sobrecarga de trabalho (Salazar; Vasquez; Sanchez, 2024).

No curso em questão, a estrutura de seis semanas com trilha de aprendizagem multimídia permitiu que os profissionais organizassem seus estudos conforme suas rotinas, embora a supervisão tenha identificado concentração de acessos nos finais de semana e horários noturnos.

Embora a maioria dos participantes tenha demonstrado familiaridade com plataformas digitais, os mediadores relataram dificuldades pontuais de alunos. Alguns desses apontamentos se referiam, especialmente, a melhorias que a plataforma necessitava visto que se trata da primeira oferta de curso dentro da plataforma AVA da AgSUS. Esse suporte técnico era repassado pelos alunos aos mediadores e os imprevistos foram prontamente resolvidos pela equipe responsável, fazendo com que o ambiente virtual de aprendizagem fosse aprimorado ao longo do curso.

Outro ponto importante a se destacar é que quando o curso foi ofertado, muitos médicos estavam em processo de férias ou em diferentes licenças médicas, impossibilitando o acompanhamento.



Outras queixas também foram apontadas por alguns médicos que passavam concomitantemente por outros cursos de aprimoramento e/ou especializações/residências, sendo fatores que dificultavam a adesão ao curso.

A taxa de evasão final de alunos matriculados foi de 41,8%, sendo que boa parte nunca chegou a acessar o curso uma única vez. Estudos indicam que as taxas de evasão em cursos EAD estão em torno dos 20% a 60% (Ribeiro, 2024; Rinaldo, 2014; Bittencourt; Mercado, 2014). O engajamento dos alunos foi um ponto crítico de preocupação para os mediadores e supervisores do curso. As estratégias de busca ativa apresentadas contribuíram para a redução desse percentual no decorrer do curso, e contaram para além da atuação dos mediadores, com o convite da própria gestão da AgSUS em seus diversos canais de comunicação.

Por outro lado, a supervisão e mediação pedagógica são indispensáveis. Turmas com alto engajamento e alunos que conseguem romper as barreiras elencadas para a realização do curso necessitam de acompanhamento para potencialização da sua aprendizagem (Rodrigues *et al.*, 2018). Isso se reflete na elaboração e revisão do projeto de intervenção, que conecta a teoria do curso com a prática, conferindo um maior sentido ao estudo.

Além disso, a temática requer uma abordagem sensibilizada, pois a desconstrução de concepções capacitistas demanda tempo e escuta, o que torna essencial o contato constante dos cursistas com os mediadores através do feedback.



LIÇÕES APRENDIDAS

A experiência de supervisão do curso trouxe diversos aprendizados. O principal deles é a necessidade de monitoramento sistemático do engajamento de participantes e mediadores. O uso de relatórios de acesso à plataforma, realização das atividades e percentuais de correção são essenciais para identificar tendências, antecipar problemas e direcionar as intervenções de supervisão de maneira mais precisa. Em cursos nessa modalidade, é importante ter um protocolo de acompanhamento regular e critérios de desempenho bem estabelecidos.

Isto se conecta diretamente com a importância das reuniões semanais de acompanhamento, onde foi possível pactuar e repactuar os fluxos de trabalho, estabelecer uma comunicação clara e compartilhar experiências positivas e aprendizados entre os mediadores, constituindo-se em um espaço formativo em si, propiciando a reflexão coletiva sobre o processo de trabalho na educação à distância e das realidades enfrentadas pelos cursistas na acessibilidade de pessoas com deficiência a atenção primária.

A capacitação de supervisores e mediadores foi igualmente relevante. Esse espaço permitiu o conhecimento dos fundamentos pedagógicos do curso explicitando os objetivos de aprendizagem, as bases metodológicas utilizadas, o barema para a correção de tarefas, a incorporação tecnológica com o AVA e a pactuação explícita de expectativas de atuação dos papéis de supervisão e mediação.

Por fim, a supervisão tem um papel que vai além do acompanhamento pedagógico, atuando como um elo entre mediadores, cursistas, coordenação e AgSUS. Esse papel articula o encaminhamento de questões técnicas e o esclarecimento de questões

administrativas que foram essenciais para o funcionamento do curso. Reconhecer e formalizar essa função de articulação institucional pode qualificar o planejamento de cursos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso “UBS Acessível e Inclusiva” representou uma iniciativa importante no cenário da educação médica brasileira, ao abordar uma temática historicamente negligenciada e ao utilizar metodologia que articula a formação e transformação das práticas. A experiência de supervisão pedagógica reafirmou a importância de estruturas de apoio aos mediadores e de monitoramento contínuo para garantir qualidade e reduzir evasão.

Os resultados alcançados indicam que a educação permanente em saúde, quando bem planejada e executada, pode contribuir no reforço da garantia de direitos das pessoas com deficiência na APS. Espera-se que as lições aqui sistematizadas possam contribuir para o aprimoramento de futuras edições deste curso e para o debate mais amplo sobre a formação permanente em saúde na modalidade a distância.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. B.; NUNES, L. S. Formação Médica e Processos Inclusivos: práticas interdisciplinares de ensino balizadas pelos saberes da educação especial. **Educação e Filosofia**, Uberlândia, v. 36, n. 76, p. 313-334, jan./abr. 2022. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-596x2022000100313 Acesso em: 23 jun. 2026.

BITTENCOURT, I. M.; MERCADO, L. P. L. Evasão nos cursos na modalidade de educação a distância: estudo de caso do Curso Piloto de Administração da UFAL/UAB. **Ensaio: Avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 465-503, 2014. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362014000200009 Acesso em: 23 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/qualificacao-profissional-em-vigilancia-sanitaria/politica-nacional-de-educacao-permanente-em-saude.pdf/view> Acesso em: 23 jun. 2026.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt> Acesso em: 23 jun. 2026.

CONDESSA, A. M. *et al.* Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Rev. Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 23, p. e200074, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9ZB9378kNvMtDj4WyHp74cz/?format=html&lang=pt> Acesso em: 23 jun. 2026.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Representações sociais de médicos da Atenção Primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, p. e220292, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220292> Acesso em: 23 jun. 2026.

FIORATI, R. C. *et al.* Anticipated barriers to implementation of community-based rehabilitation in Ribeirão Preto, Brazil. **Disability, CBR & Inclusive Development**, Gondar, v. 29, n. 1, p. 5-25, 2018. Disponível em: <https://dcidj.uog.edu.et/index.php/up-j-dcbrid/article/view/284> Acesso em: 23 jun. 2026.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 33, n. 2, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WFs5TNf98MyzHrdkcQNMDDj/?lang=pt> Acesso em: 23 jun. 2026.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n.28, p.177-88, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GFc9MhkTzdrDPBVR8J4vxcn/?format=html&lang=pt>

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 219-233, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dnjC4XvL6fYBT97ptsHgNZj/?lang=pt> Acesso em: 23 jun. 2026.

PHILLIPS, K. G.; ENGLAND, E.; WISHENGRAD, J. S. Disability-competence training influences health care providers' conceptualizations of disability: An evaluation study. **Disability and health journal**, Ann Arbor, v. 14, n. 4, p. 101124, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101124> Acesso em: 23 jun. 2026.

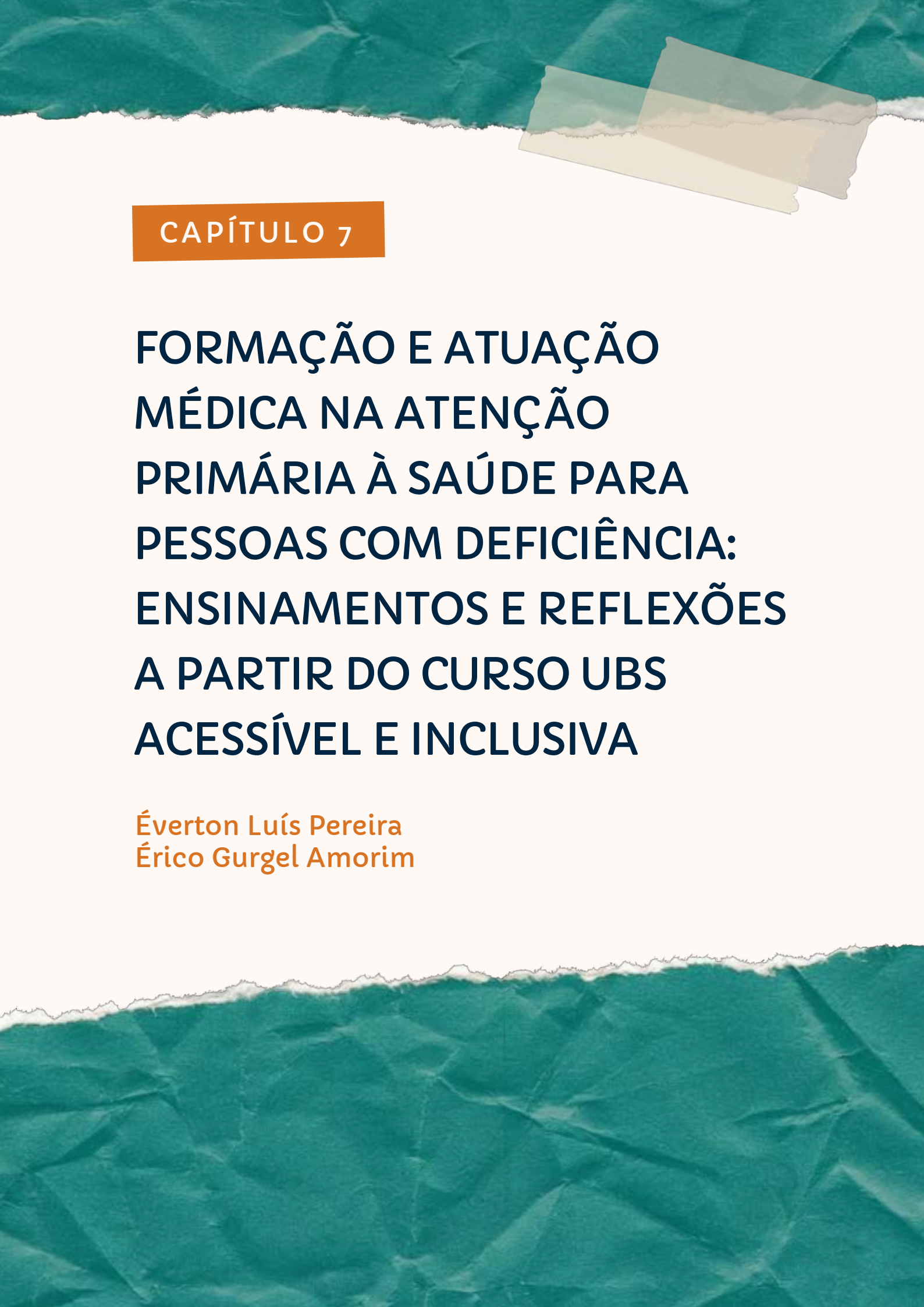
RIBEIRO, E. L. Evasão. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. **Censo ead.br**: relatório analítico da aprendizagem a distância no Brasil 2022. Curitiba: InterSaberes, 2024. Disponível em: <https://abed.org.br/arquivos/CENSO%20EAD%202022%20PORTUGUES+INGLES.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2026.

RINALDO, R. B. **Evasão em curso de especialização multiprofissional em saúde da família**: comparação entre modalidade a distância versus presencial. 2014. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/106856?locale-attribute=en>. Acesso em: 23 jun. 2026.

RODRIGUES, L. S. *et al.* A evasão em um curso de especialização em Gestão em Saúde na modalidade a distância. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 889-901, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0129> Acesso em: 23 jun. 2026.

SALAZAR, J. P.; VÁSQUEZ, P. J. S.; SÁNCHEZ, V. I. B. Factores asociados a la deserción del curso virtual «Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad» en Perú. **Acta Médica Peruana**, Lima, v. 41, n. 3, p. 183-192, 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, Ministério da Saúde: UNESCO, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em: 23 jun. 2026.



CAPÍTULO 7

FORMAÇÃO E ATUAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ENSINAMENTOS E REFLEXÕES A PARTIR DO CURSO UBS ACESSÍVEL E INCLUSIVA

Éverton Luís Pereira
Érico Gurgel Amorim



INTRODUÇÃO

A atenção à saúde das pessoas com deficiência constitui um dos grandes desafios contemporâneos para os sistemas de saúde. O Brasil apresenta avanços em termos de normativas importantes, especialmente após a promulgação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2009; 2015), mas, mesmo assim, barreiras que limitam o acesso continuam a existir, o que compromete a qualidade do cuidado e a efetivação do direito à saúde dessa população. Entre essas barreiras, podemos destacar a formação dos profissionais de saúde e, especialmente, dos médicos, cuja trajetória educacional ainda é fortemente marcada por perspectivas biomédicas tradicionais.

Nesse contexto, surge o curso “UBS Acessível e Inclusiva”. Ele aparece como uma forma de possibilitar reflexões para os profissionais médicos vinculados à Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) sobre o cuidado de pessoas com deficiência no território e nas Unidades Básicas de Saúde. Esse capítulo está dedicado a realizar uma breve reflexão sobre a importância da formação e da atuação médica no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de garantir os direitos das pessoas com deficiência, bem como realizar uma reflexão sobre

como o curso ofertado possui potencialidade para transformar a realidade das pessoas com deficiência. Nesse sentido, o texto está organizado de forma a contemplar uma contextualização teórica sobre deficiência, a formação médica e a APS e, posteriormente, discutir de forma global os projetos de intervenção elaborados pelos cursistas como trabalho final do curso.

Busca-se, com isso, apresentar um texto que sirva não apenas como um horizonte reflexivo, mas que também possa instrumentalizar profissionais de saúde para construir seus próprios projetos e planos de intervenção nas realidades nas quais atuam.

A DEFICIÊNCIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: UM TEMA HISTORICAMENTE NEGLIGENCIADO

Autores têm demonstrado que, apesar da crescente relevância e visibilidade do tema da deficiência e das pessoas com deficiência, essa questão permanece pouco presente nos currículos médicos nos diversos países. Uma revisão realizada por Costa e Koifman (2016) identificou que o ensino sobre deficiência nas escolas médicas apresenta grande heterogeneidade e, frequentemente, ocupa espaços marginais nos currículos. No estudo, observou-se que as iniciativas continuavam, quando da realização da pesquisa, focadas em aspectos clínicos específicos de determinadas condições, sem abordar os direitos humanos, a inclusão social, a comunicação acessível e o enfrentamento das desigualdades. Como consequência dessas ausências, os estudantes concluem a graduação com conhecimentos limitados sobre as necessidades de saúde das pessoas com deficiência.

No cenário brasileiro, Freitas Júnior *et al.* (2021) analisaram a inclusão da temática nos cursos de medicina e identificaram

importantes lacunas. Sem dúvida, os autores demonstram que algumas instituições incorporaram conteúdos relacionados à deficiência, porém, a abordagem ainda ocorre de forma fragmentada e pouco articulada com a prática clínica. Nesse sentido, no estudo, a deficiência raramente aparece como tema transversal ao currículo. Os casos mais comuns ocorrem em disciplinas isoladas, frequentemente associadas à reabilitação ou a determinadas especialidades médicas. Isso dificulta a compreensão da deficiência como questão relacionada à integralidade do cuidado e aos determinantes sociais da saúde. Outros autores demonstram a mesma questão quando refletem sobre a formação médica voltada para crianças e adolescentes com deficiência (Ambrósio *et al.*, 2023).

Essa lacuna se traduz também nas percepções dos próprios estudantes. Silva *et al.* (2023), ao investigarem a percepção de internos de medicina sobre o atendimento às pessoas com deficiência, identificaram sentimentos recorrentes de insegurança, despreparo e dificuldade para estabelecer comunicação adequada. Os participantes relataram limitações relacionadas tanto ao conhecimento clínico quanto à compreensão das necessidades sociais dessa população.



Muitos reconheceram que sua formação priorizou aspectos diagnósticos e terapêuticos, sem abordar questões relacionadas à acessibilidade, autonomia e direitos.

A questão não está apenas na ausência de conteúdos específicos, mas também na persistência de uma cultura profissional marcada por pressupostos capacitistas. Quando a deficiência é compreendida exclusivamente como deficiência funcional ou incapacidade, corre-se o risco de invisibilizar potencialidades, experiências e projetos de vida dessas pessoas. Isso também não produz uma real inclusão e/ou acolhimento adequado nos serviços de saúde.

Quando observamos a APS, onde a atenção às pessoas com deficiência exige competências relacionadas ao cuidado longitudinal, ao trabalho interdisciplinar e à articulação com recursos comunitários, esses desafios podem ser amplificados.

Pesquisas recentes evidenciam importantes desafios. Miranda *et al.* (2023), identificaram que profissionais e gestores da APS reconhecem dificuldades relacionadas à acessibilidade física dos serviços, insuficiência de capacitação profissional e fragilidade das redes de cuidado. Reichenberger *et al.* (2024) demonstraram que adultos com deficiência no Brasil continuam enfrentando obstáculos significativos para utilizar serviços de atenção primária. As barreiras incluem dificuldades arquitetônicas, problemas de transporte, inadequações na comunicação e limitações organizacionais dos serviços.

Além disso, Kuper *et al.* (2024) evidenciaram importantes desigualdades socioeconômicas relacionadas à inclusão da deficiência nos serviços de APS. Municípios e regiões mais vulneráveis tendem a apresentar menor capacidade de responder adequadamente às necessidades dessa população, aprofundando inequidades já existentes. Ursine, Pereira e Carneiro (2018) evidenciam essa realidade ao analisar a situação de pessoas com deficiência que vivem em áreas rurais. Os autores identificaram que trabalhadores da atenção básica reconhecem importantes barreiras relacionadas às condições de transporte, às grandes distâncias geográficas e à escassez de serviços especializados.

O que os estudos sobre acesso de pessoas com deficiência a APS demonstram é um conjunto complexo de barreiras que envolve desde questões de acessibilidade física, arquitetônica, linguística, passando por questões de formação dos profissionais em saúde, especialmente médicos. Assim, o que podemos afirmar é que torna-se essencial investir em uma tripla jornada de superação desses obstáculos: (a) ampliar a oferta de cursos de formação sobre deficiência e aces-

sibilidade para profissionais da APS que já estejam em atuação no território; (b) revisar os currículos de formação médica em nível de graduação e residência, especialmente para incluir a temática como eixo transversal e pautada nos direitos humanos; (c) atuar na superação das barreiras presentes nos locais de atuação dos profissionais.

OS PROJETOS DE INTERVENÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A REFLEXÃO COLETIVA E TRANSFORMAÇÃO DA REALIDADE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

É importante ressaltar que a proposta do curso foi construída para que ele fosse um disparador de transformações na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do médico/cursista. O conteúdo e, especialmente, a metodologia de ensino-aprendizagem e as formas de avaliação foram pensados para que o cursista propusesse mudanças em termos de acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência no cotidiano de trabalho das equipes. Isso se justifica pelo fato de que se torna essencial que os conhecimentos adquiridos ou construídos no curso sejam compartilhados com o restante da equipe e com a comunidade.

Durante o curso, foi utilizada uma metodologia com base na problematização para a construção do conhecimento em níveis de complexidade e de forma ativa e participativa. Nesse sentido, o curso foi pensado como um momento de reflexão sobre a ação profissional e sobre as práticas nos serviços do do Sistema Único de Saúde (SUS).. Para tanto, utilizamos o arcabouço da espiral construtivista proposto por autores como Lima (2017).

Lima (2017) apresenta a espiral construtivista como uma forma de organização pedagógica da produção do conhecimento, especial-

mente em metodologia ativa. Para a autora, são necessários elementos de ordem contextual (chamado de cultural e social) para que o processo de ensino-aprendizagem seja realmente produtivo e corresponda aos interesses da sociedade atual.

A espiral construtivista está organizada em seis momentos: (1) identificando problemas; (2) formulando explicações; (3) elaborando questões; (4) buscando novas informações; (5) construindo novos significados e (6) avaliando o processo. Os primeiros três movimentos são pautados pela ideia de que os profissionais trazem conhecimentos prévios ao encontro pedagógico e que estes precisam ser (re) conhecidos para que a busca (ou o aprender a aprender) seja significativa para todos. O quarto, “buscando informações”, seria responsável pelas atividades autônomas dos estudantes e a busca individual pelo conhecimento. O quinto está aqui pensado como aquele no qual profissionais de saúde e estudantes compartilham com tutores novas possibilidades. O sexto e último corresponde ao processo avaliativo.

As atividades do curso foram seguidas por mediadores que acompanharam turmas para que auxiliassem na produção coletiva de conhecimento. Os mediadores, por sua vez, receberam o suporte técnico e pedagógico dos supervisores, responsáveis pela mediação com a coordenação do curso e com os professores. Todas as aulas foram organizadas com texto base e aula expositiva em vídeo. As atividades foram realizadas de forma assíncrona.

Ao longo do curso, os médicos foram apresentados aos métodos de pesquisa científica para subsidiar a produção de um projeto final de intervenção.

A partir de realidades particulares produzidas em territórios específicos e diversos, os profissionais puderam produzir diferentes propostas, de acordo com as especificidades locais.



A proposta da atividade de intervenção seguiu as orientações disponibilizadas para os cursistas através do Ambiente Virtual de Aprendizagem da AgSUS, conforme descrito a seguir:

O Projeto de Intervenção (PI) é consequência do trabalho que você vem desenvolvendo ao longo do curso. O primeiro passo foi dado na construção dos objetivos e da justificativa, na Unidade 2. Na Unidade 4, foi realizado um diagnóstico inicial sobre a realidade da UBS da atuação do estudante. Agora, é necessário sistematizar essas etapas e descrever, de forma detalhada, quais metas foram elencadas e, se possível, como a intervenção foi realizada.

Lembre-se de que o PI deve propor e/ou consolidar a transformação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em um espaço verdadeiramente acolhedor e inclusivo, com foco na qualificação do cuidado à Pessoa com Deficiência (PcD).

Para isso, o trabalho deve apresentar estratégias viáveis para a remoção ou minimização de barreiras, considerando os princípios da Atenção Primária à Saúde, como equidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Espera-se que as propostas contemplem tanto melhorias estruturais quanto mudanças nos processos de trabalho e na postura da equipe, visando garantir um atendimento mais humanizado, acessível e resolutivo.

O PI também deve evidenciar como as intervenções propostas contribuem para a construção de um cuidado longitudinal e efetivo para a PcD, fortalecendo o vínculo entre usuários e equipe de saúde, promovendo autonomia e ampliando o acesso aos serviços. A reflexão crítica sobre os desafios e as potencialidades da implementação dessas ações deve compor a análise final do estudo.

Estrutura do Projeto de Intervenção (PI)



Introdução/Apresentação do problema: até 15 linhas, apresentando as características do problema escolhido, sua configuração e contexto. Essa etapa foi realizada na Unidade 2. Revise-a conforme as orientações dos mediadores e insira no PI.



Objetivos: elaboração do objetivo geral do projeto de intervenção (viável, bem delimitado e exequível, com no máximo 4 linhas) e dos objetivos específicos (ao menos 4 objetivos, com cerca de 2 linhas cada). Essa etapa foi realizada na Unidade 2. Revise-a conforme as orientações dos mediadores e insira no PI.

Diagnóstico



1. Olhando para o espaço e para a comunicação: identificar ao menos três pontos na estrutura da UBS que dificultam o acesso e a livre circulação da pessoa com deficiência. Reflitam sobre como a informação chega (ou não) às pessoas, considerando suas especificidades. Existem barreiras à comunicação? Quais?



2. Olhando para a atitude e para a ética: como a equipe da UBS se comporta? Como oferecer um cuidado técnico que respeite a independência de cada pessoa? A partir das observações realizadas na UBS, como dialogar com os colegas de equipe para desconstruir o capacitismo no cotidiano?

Essa etapa foi realizada na Unidade 4. Revise-a conforme as orientações dos mediadores e insira no PI. Elabore um texto dissertativo contínuo, e não apenas respostas às perguntas.

- ✱ Definição de metas em curto, médio e longo prazo;
- ✱ Apresentação dos impactos esperados na UBS, na comunidade e na atenção às pessoas com deficiência;
- ✱ Descrição das ações realizadas, preferencialmente com apresentação de fotos e/ou vídeos da iniciativa. Caso não tenham sido realizadas, apresente estratégias para sua concretização;
- ✱ Referências bibliográficas.

De acordo com as orientações repassadas, as propostas de intervenção poderiam contemplar um planejamento das ações a serem desenvolvidas, de acordo com o diagnóstico realizado, com metas claras e factíveis, e a realização de uma ação concreta durante o período do curso. De uma forma ou de outra, a proposta foi mobilizar os médicos na construção de transformações nas Unidades Básicas de Saúde, nas equipes ou no território.

O primeiro desafio foi sentido quando foram demandadas a realização de um diagnóstico sobre a realidade do território e da UBS no que diz respeito às pessoas com deficiência e acessibilidade. Grande parte dos cursistas não havia ainda refletido sobre essa problemática. Por outro lado, isso corrobora a literatura que demonstra como a questão da deficiência não é vista pelos profissionais como uma questão a ser tratada na APS (Ursine; Pereira; Carneiro, 2018). Mas isso também revela uma certa invisibilidade dessa população nas UBS e nos territórios: muitas vezes, essas pessoas estão relegadas aos espaços dos lares, não circulando e não sendo acolhidas nos espaços comuns de sociabilidade.

Mesmo com esse desafio em mãos, os médicos buscaram dados sobre essas pessoas no território e sobre atendimentos realizados na UBS. Além disso, a realidade dos serviços também foi apontada como

pouco acessível: reflexões sobre barreiras arquitetônicas, comunicacionais, urbanísticas, atitudinais, entre outras foram realizadas a partir da realidade. O escrutínio do território, do serviço e da equipe provocou reflexões importantes que geraram projetos de intervenção, seja no próprio serviço, seja na rotina, seja na comunidade.

A análise crítica da realidade permitiu que os profissionais percebessem que a exclusão das pessoas com deficiência dos serviços de saúde nem sempre decorre da ausência de oferta assistencial, mas frequentemente da inadequação das formas de organização do cuidado. Essa constatação levou à construção de projetos de intervenção sobre a necessidade de fortalecer estratégias de busca ativa, acompanhamento longitudinal e construção de vínculos mais efetivos com usuários e familiares. Essa proposta, mesmo sendo pensada diretamente para pessoas com deficiência, está em consonância com as propostas da APS.

Outro aspecto amplamente discutido e descrito nos planos de intervenção realizados foi a importância da qualificação dos processos de trabalho das equipes. Em diversos contextos, os profissionais reconheceram limitações em sua formação para lidar com as especificidades dos diferentes tipos de deficiências. A partir dessa percepção, surgiram propostas voltadas para educação permanente, capacitações internas, elaboração de protocolos de acolhimento e construção de fluxos assistenciais mais inclusivos. Essas iniciativas buscam não apenas ampliar o conhecimento técnico, mas também transformar concepções e atitudes que, muitas vezes de forma involuntária, reproduzem práticas capacitistas nos serviços de saúde. Cabe destacar que esses profissionais foram apresentados ao debate sobre a produção de um cuidado mais próximo das demandas e realidades das pessoas com deficiência durante o curso.

As discussões também evidenciaram a necessidade de fortalecer a articulação intersetorial. Essa questão foi amplamente discutida no curso e os médicos foram chamados a pensar a deficiência para além do setor saúde. As demandas das pessoas com deficiência frequentemente extrapolam o setor saúde, envolvendo educação, assistência social, transporte, trabalho, cultura e lazer. Nesse sentido, muitos projetos de intervenção passaram a contemplar a aproximação entre a UBS e outros equipamentos do território, favorecendo a construção de redes de cuidado mais abrangentes. A realização de reuniões intersetoriais, o mapeamento de recursos comunitários e a elaboração de estratégias compartilhadas de acompanhamento constituem exemplos de ações que foram pensadas e que podem contribuir para respostas mais integradas às necessidades identificadas.

Com a comunidade, as reflexões apontaram para a importância de promover a participação social das pessoas com deficiência e de suas famílias. Em diversos territórios, observou-se que esses sujeitos permanecem invisibilizados nas atividades coletivas promovidas pelos serviços de saúde. Como resposta, foram propostos grupos educativos, rodas de conversa, campanhas de sensibilização e atividades comunitárias voltadas à promoção dos direitos das pessoas com deficiência. Essas ações têm potencial para ampliar a conscientização da população, combater preconceitos e fortalecer o protagonismo das próprias pessoas com deficiência na construção de políticas e práticas de saúde.

Além dessas propostas gerais que contemplavam todos os tipos de deficiência, os projetos de intervenção também dialogavam com determinadas especificidades dos diferentes tipos de deficiência. No caso das pessoas com deficiência visual, por exemplo, foram identificadas dificuldades relacionadas à orientação e mobilidade dentro e fora da unidade, à ausência de materiais acessíveis para educação em saúde e à dependência de terceiros para obtenção de informações sobre consultas, exames e tratamentos.

Tais situações geraram projetos e reflexões sobre a necessidade de disponibilização de informações em formatos acessíveis, utilização de recursos tecnológicos assistivos e capacitação dos profissionais para uma comunicação mais descritiva e acolhedora.

Entre as pessoas com deficiência intelectual e aquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), os desafios identificados estavam frequentemente relacionados à comunicação, ao acolhimento e à adaptação dos fluxos de atendimento. No caso das pessoas autistas, aspectos como excesso de estímulos sensoriais, longos tempos de espera, mudanças inesperadas na rotina do atendimento e dificuldades de interação social podem gerar sofrimento e afastamento dos serviços de saúde. Essas constatações impulsionaram propostas de intervenção voltadas para a elaboração de materiais em linguagem simples, qualificação da comunicação entre equipe e usuários, entre outras.

As reflexões também contemplaram as pessoas com deficiência auditiva e física, cujas experiências nos serviços de saúde frequentemente são marcadas por barreiras que comprometem a integralidade do cuidado. No caso da deficiência auditiva, a ausência de profissionais capacitados em Língua Brasileira de Sinais (Libras), a escassez de recursos de comunicação acessível e a dependência de acompanhantes para mediar informações clínicas limitam a autonomia dos usuários e podem gerar falhas importantes na assistência. Já sobre as pessoas com deficiência física, existe a questão das dificuldades relacionadas à acessibilidade arquitetônica, à inadequação do mobiliário, à falta de equipamentos adaptados e às barreiras urbanísticas presentes no território, que dificultam o deslocamento até a unidade. Diante desse cenário, os projetos de intervenção propuseram ações

voltadas à eliminação de barreiras físicas e comunicacionais e à qualificação do acolhimento.

Por fim, os projetos de intervenção elaborados demonstram que a acessibilidade deve ser compreendida como um princípio transversal da Atenção Primária à Saúde. Mais do que adaptações físicas ou aquisição de equipamentos, trata-se de construir serviços capazes de reconhecer a diversidade humana e responder de forma equitativa às necessidades dos diferentes grupos populacionais. O processo de diagnóstico e planejamento realizado pelos médicos evidenciou que a transformação da realidade depende tanto de mudanças estruturais quanto de mudanças culturais e organizacionais. Dessa forma, os projetos desenvolvidos representam importantes oportunidades para qualificar o cuidado, promover a inclusão e fortalecer o papel da APS como coordenadora de uma rede de atenção comprometida com os direitos das pessoas com deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este capítulo buscou demonstrar que a garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência depende, em grande medida, da capacidade dos profissionais e dos serviços de reconhecerem a deficiência como uma questão transversal à prática em saúde, e não como um tema restrito a determinadas especialidades ou níveis de atenção. Embora o Brasil disponha de importantes marcos legais e normativos voltados à inclusão, a persistência de barreiras físicas, comunicacionais, atitudinais e organizacionais demonstra que a efetivação desses direitos ainda constitui um desafio cotidiano. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica, pois reúne condições privilegiadas para promover o cuidado integral, longitudinal e centrado nas necessidades das pessoas, das famílias e dos territórios.

Os estudos apresentados e as experiências relatadas pelos participantes do curso “UBS Acessível e Inclusiva” reforçam a necessidade de fortalecer a formação médica em deficiência e acessibilidade. A análise das lacunas presentes nos currículos de graduação e nos processos de educação permanente demonstra que muitos profissionais ainda chegam aos serviços sem preparo suficiente para lidar com a diversidade humana e com as especificidades das pessoas com deficiência. Além de ampliar conteúdos técnicos, é necessário incorporar abordagens fundamentadas nos direitos humanos, na valorização da autonomia e no enfrentamento das desigualdades, favorecendo a construção de práticas de cuidado mais inclusivas e socialmente comprometidas.

Os projetos de intervenção desenvolvidos pelos cursistas revelaram o potencial transformador de processos formativos que articulam teoria, prática e reflexão crítica sobre a realidade. Ao serem convidados a refletir sobre seus territórios de atuação, identificar barreiras e propor soluções concretas, os profissionais passaram a reconhecer desafios que muitas vezes permaneciam invisíveis no cotidiano dos serviços.



Esse movimento favoreceu não apenas a produção de conhecimentos sobre deficiência e acessibilidade, mas também a construção de estratégias capazes de qualificar a organização do cuidado, fortalecer vínculos com a comunidade e ampliar o acesso das pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde.

Outro aspecto relevante diz respeito à compreensão de que a promoção da inclusão exige ações que ultrapassem os limites físicos das unidades de saúde. Os projetos analisados demonstram que

a construção de redes intersetoriais, a participação ativa das pessoas com deficiência e de suas famílias e o fortalecimento dos espaços comunitários são elementos fundamentais para a produção de respostas mais abrangentes e efetivas. Nesse sentido, a APS reafirma seu papel como articuladora de diferentes atores sociais e institucionais, contribuindo para a redução das desigualdades e para a promoção da cidadania das pessoas com deficiência.

Por fim, espera-se que as reflexões apresentadas neste capítulo possam inspirar profissionais, gestores, docentes e estudantes a incorporar a acessibilidade e a inclusão como princípios permanentes de suas práticas. A construção de serviços verdadeiramente acessíveis não depende apenas de investimentos estruturais, mas também de mudanças culturais capazes de reconhecer e valorizar a diversidade presente na sociedade. O percurso realizado pelos participantes do curso demonstra que transformações significativas podem surgir a partir da problematização da realidade e do compromisso com a equidade. Assim, fortalecer a formação e a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde representa um passo fundamental para consolidar um Sistema Único de Saúde mais inclusivo, democrático e comprometido com os direitos das pessoas com deficiência.



REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, R. B. A.; PEDROSO, G. C.; PUCCINI, R. F.; SOUZA, SUANO, F. I. Crianças e adolescentes com deficiência: desafios na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 47, n. 2, e0274, 2023.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**. Promulgada pelo Decreto Legislativo n. 186, de 9 de julho de 2008. Brasília, DF: Senado Federal, 2009.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

COSTA, L. S. M.; KOIFMAN, L. O ensino sobre deficiência a estudantes de Medicina: o que existe no mundo? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 53–58, 2016

FREITAS JÚNIOR, R. A. O. *et al.* Inclusão do cuidado com a saúde das pessoas com deficiência nos currículos de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 3, e156, 2021.

KUPER, H.; PINTO, A. R.; SILVA, E. N.; BARRETO, J. O. M.; POWELL-JACKSON, T. Inclusion of disability in primary healthcare facilities and socioeconomic inequity in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, art. 39, 2024.

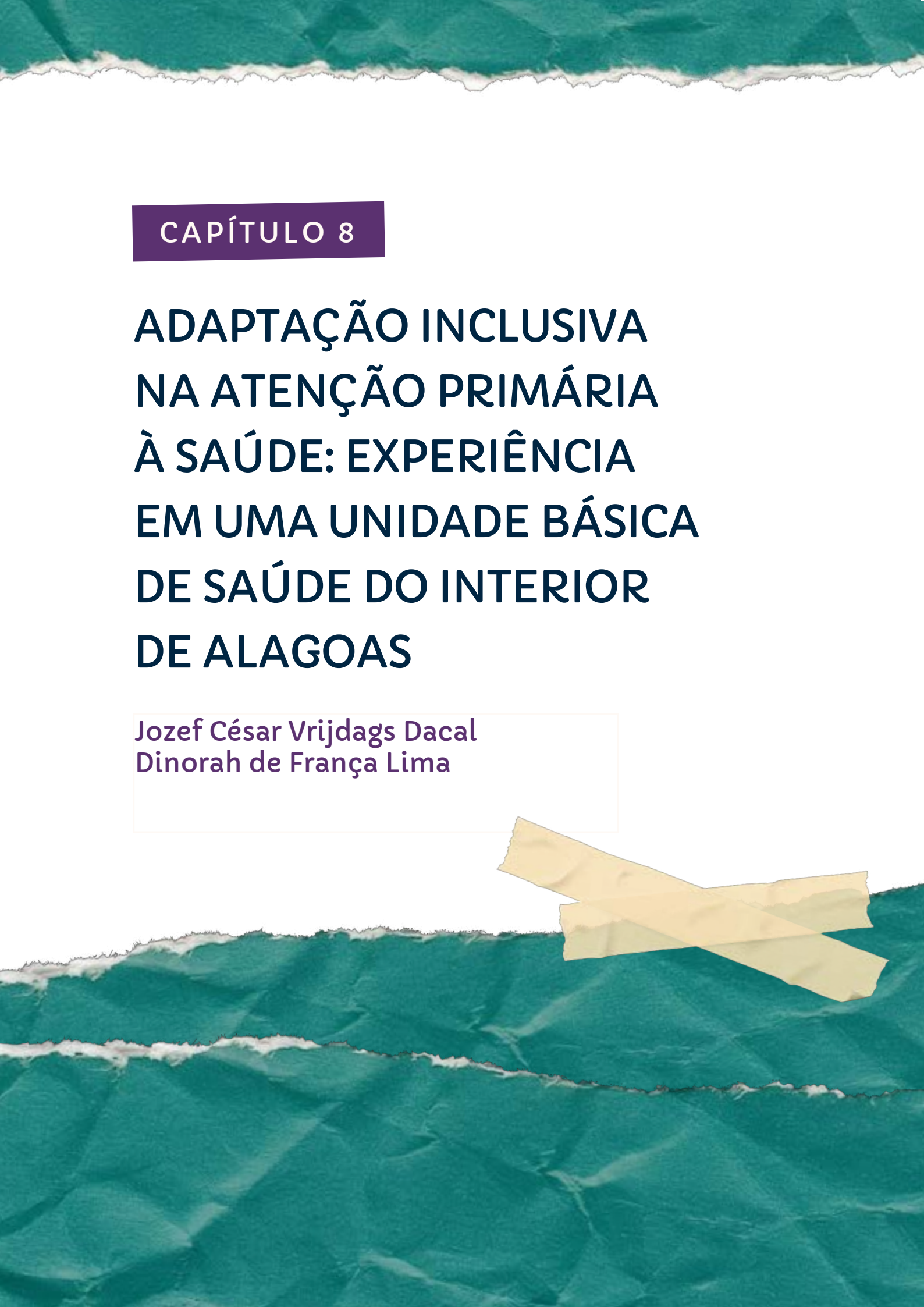
LIMA, V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino aprendizagem. **Interface**, Botucatu, v.21, n.61, pp.421–434, 2017

MIRANDA, G. M. D. *et al.* O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, 2023.

REICHENBERGER, V. *et al.* Access to primary healthcare services among adults with disabilities in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, art. 45, 2024.

SILVA, W. P. *et al.* Percepção dos internos de Medicina acerca do atendimento destinado às pessoas com deficiência: modelo curricular insuficiente? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 47, n. 4, e120, 2023.

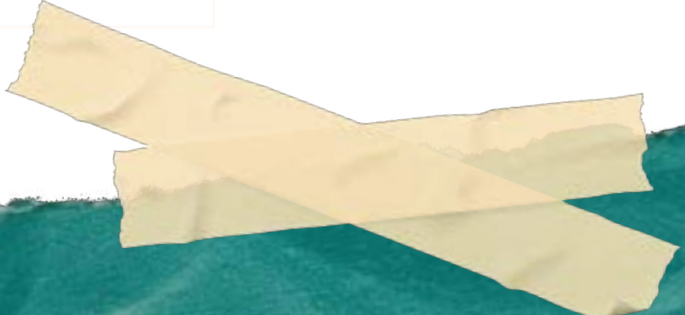
URSINE, B. L.; PEREIRA, É. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 109–120, 2018., Botucatu, v. 22, n. 64, p. 109–120, 2018.



CAPÍTULO 8

ADAPTAÇÃO INCLUSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO INTERIOR DE ALAGOAS

Jozef César Vrijdags Dacal
Dinorah de França Lima





INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral da população (Brasil, 2010). No cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior de Alagoas, observa-se que Pessoas com Deficiência (PcD) ainda enfrentam barreiras importantes no acesso e na continuidade do cuidado.

Na prática, usuários com deficiência física relatam dificuldade de acesso à unidade devido às limitações estruturais, enquanto pessoas com deficiência auditiva encontram obstáculos na comunicação com a equipe. Além disso, é frequente a presença de usuários com deficiência intelectual acompanhados por familiares que referem insegurança no cuidado e pouca orientação recebida (Brasil, 2010, 2017).

Outro aspecto relevante é o sub-registro dessas pessoas no território, dificultando o planejamento de ações e a busca ativa. Muitas vezes, as informações sobre PcD permanecem apenas no conhecimento informal dos agentes comunitários de saúde, sem registro adequado nos sistemas (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Diante desse cenário, torna-se necessária a reorganização do processo de trabalho da equipe, com foco na promoção da acessibi-

lidade, da inclusão e da equidade no atendimento às PcD e suas famílias (Brasil, 2017).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Promover a acessibilidade e a inclusão de pessoas com deficiência e suas famílias na rotina assistencial de uma UBS no interior de Alagoas, por meio da reorganização do processo de trabalho e da qualificação da equipe para um cuidado mais equitativo e resolutivo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✱ Identificar e cadastrar pessoas com deficiência no território adscrito, a partir de busca ativa com apoio dos agentes comunitários de saúde e atualização dos prontuários;
- ✱ Capacitar a equipe da UBS para o atendimento inclusivo, abordando comunicação com pessoas com deficiência auditiva, acolhimento de usuários com deficiência intelectual e redução de barreiras atitudinais;
- ✱ Reorganizar o fluxo de atendimento da UBS, garantindo acolhimento prioritário e flexibilidade no agendamento para PcD com limitações de mobilidade ou dependência de cuidadores;
- ✱ Desenvolver ações educativas voltadas às famílias e aos cuidadores, com orientações práticas sobre cuidado domiciliar, acesso a direitos e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde;
- ✱ Avaliar as condições de acessibilidade da estrutura física da UBS e propor intervenções viáveis, como ajustes no acesso, na sinalização e na organização dos espaços de atendimento.

METAS

METAS DE CURTO PRAZO (1 A 3 MESES)

- ✱ Realizar o levantamento e cadastramento das pessoas com deficiência residentes no território adscrito da UBS, com atualização dos prontuários e identificação das necessidades específicas de cada usuário;
- ✱ Avaliar as condições de acessibilidade física da UBS, identificando barreiras arquitetônicas, comunicacionais e organizacionais presentes na unidade;
- ✱ Reorganizar os espaços internos da UBS, promovendo melhor circulação de cadeirantes e usuários com mobilidade reduzida por meio da redistribuição do mobiliário e criação de rotas acessíveis;
- ✱ Implantar sinalização visual acessível com uso de cores contrastantes, linguagem simples e identificação dos ambientes da unidade;
- ✱ Realizar rodas de conversa e ações de sensibilização com a equipe da UBS sobre inclusão, acessibilidade, ética no cuidado e combate ao capacitismo.

METAS DE MÉDIO PRAZO (4 A 6 MESES)

- ✱ Capacitar a equipe da UBS para o atendimento inclusivo, com orientações sobre acolhimento humanizado, comunicação acessível e cuidado centrado na pessoa com deficiência;
- ✱ Implantar fluxo de acolhimento prioritário e flexibilização do agendamento para pessoas com deficiência e seus cuidadores, reduzindo dificuldades de acesso ao serviço;

- * Desenvolver e distribuir materiais educativos acessíveis, utilizando linguagem simples, imagens ilustrativas e recursos adaptados para diferentes tipos de deficiência;
- * Realizar ações educativas periódicas com familiares e cuidadores, abordando cuidados domiciliares, promoção da autonomia, direitos sociais e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde;
- * Melhorar a comunicação da UBS com usuários com deficiência auditiva e intelectual, utilizando estratégias alternativas, recursos visuais e apoio remoto para interpretação na Língua Brasileira de Sinais (Libras), quando necessário.

METAS DE LONGO PRAZO (7 A 12 MESES)

- * Consolidar práticas permanentes de atendimento inclusivo e humanizado na rotina assistencial da UBS, fortalecendo a equidade no acesso aos serviços de saúde;
- * Reduzir barreiras e práticas discriminatórias no ambiente da unidade, promovendo cultura institucional baseada no respeito à diversidade e à autonomia das pessoas com deficiência;
- * Fortalecer o vínculo entre equipe, usuários e familiares, garantindo participação ativa das PcD nas decisões relacionadas ao próprio cuidado;
- * Implementar melhorias estruturais viáveis na UBS, como adequações em banheiros, acessos e espaços de atendimento, conforme possibilidades da gestão municipal;
- * Estabelecer acompanhamento contínuo das pessoas com deficiência cadastradas no território, favorecendo planejamento de ações, busca ativa e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

A metodologia deste projeto foi implementada em quatro etapas principais, combinando levantamento de informações, observação direta, capacitação da equipe e intervenções práticas no cotidiano da UBS.

Inicialmente, foi realizado o mapeamento do território e o cadastro das pessoas com deficiência adstritas à unidade, com apoio dos agentes comunitários de saúde. Os prontuários foram atualizados para identificar as necessidades específicas de cada usuário, considerando aspectos como mobilidade, comunicação e suporte familiar. Por exemplo, um usuário com mobilidade reduzida teve suas consultas agendadas em horários mais tranquilos, evitando filas longas e garantindo tempo suficiente para deslocamento com o cuidador.

Em seguida, foi realizado um diagnóstico de acessibilidade no qual se avaliou a estrutura física da UBS, incluindo entradas, corredores, salas de atendimento e banheiros. Entre os principais obstáculos observados estavam os degraus na entrada sem rampa, portas estreitas e balcão de atendimento alto, que limitavam o acesso de cadeirantes; corredores estreitos e móveis mal posicionados, dificultando a locomoção de usuários com cadeiras de rodas ou andadores; e banheiros sem barras de apoio e com espaço insuficiente para manobras, comprometendo a autonomia de pessoas com mobilidade reduzida.

Como medida prática, foi instalada sinalização visual clara, com contraste de cores e textos simplificados, além da reorganização do mobiliário para permitir circulação ampla. Um exemplo cotidiano foi a realocação de cadeiras e mesas nas salas de espera, o que garantiu espaço suficiente para cadeirantes circularem com segurança.

RESULTADOS

No contexto da UBS do interior de Alagoas em que os objetivos do projeto foram aplicados, houve a revelação de desafios relacionados à estrutura física, à comunicação, às atitudes da equipe e à ética profissional.

Observou-se que a estrutura da unidade apresenta barreiras que limitam o acesso e a autonomia de PcD. Por exemplo, a entrada da UBS não possui degraus, mas dispõe de uma rampa muito íngreme que dificulta a autonomia de entrada de cadeirantes ou usuários com mobilidade reduzida. Além disso, corredores estreitos e salas de atendimento com disposição inadequada do mobiliário tornam a circulação complexa e, por vezes, impossibilitada. Os banheiros não possuem barras de apoio e apresentam espaço reduzido, comprometendo a independência dos usuários durante a realização de atividades básicas.

Para contornar essas limitações, o projeto propôs ajustes simples, como reorganizar cadeiras e mesas, instalar sinalização visual clara e criar rotas acessíveis dentro da unidade, garantindo maior autonomia e segurança.

Além das barreiras físicas, a comunicação dentro da UBS também se mostrou um desafio. Usuários com deficiência auditiva frequentemente têm dificuldade de entender orientações quando não há intérprete de Libras disponível. Por exemplo, durante uma consulta, um paciente surdo tinha dificuldade em repassar as queixas e em compreender instruções sobre medicamentos. A situação foi contornada com uma chamada de vídeo para um intérprete de Libras. Pessoas com deficiência intelectual podem se sentir confusas com

informações técnicas, e um exemplo prático foi a adaptação de formulários e orientações médicas em linguagem simples, utilizando imagens e exemplos do cotidiano para facilitar a compreensão. Já pessoas com deficiência visual foram beneficiadas com a reorganização do ambiente e a criação de materiais táteis e em alto contraste, permitindo que pudessem se localizar com mais segurança.

No que se refere à atitude e à ética no atendimento, a equipe da UBS inicialmente apresentava práticas centradas na eficiência, sem consultar regularmente as PcD sobre suas preferências. Um exemplo observado foi durante o agendamento de consultas: pacientes com mobilidade reduzida eram encaminhados para horários sem considerar a presença dos cuidadores, gerando dificuldades logísticas. Para promover cuidado inclusivo e ético, a equipe passou a adotar uma abordagem centrada na pessoa, perguntando sobre preferências individuais, respeitando o ritmo do paciente e permitindo que escolhas fossem feitas sobre deslocamento, horários e acompanhamento durante os atendimentos.

A desconstrução do capacitismo no cotidiano da UBS também envolveu ações de sensibilização e diálogo. Roda de conversa e supervisão reflexiva permitiram que a equipe discutisse preconceitos implícitos e práticas discriminatórias. Por exemplo, após relatos de familiares sobre dificuldades no acolhimento, a equipe passou a reorganizar a recepção para garantir prioridade no atendimento a PcD, reduzir esperas e estabelecer comunicação mais clara.



Protocolos de atendimento foram revisados para incluir consultas diretas às PcD sobre suas próprias necessidades, fortalecendo o vínculo entre equipe, pacientes e familiares e promovendo o protagonismo do usuário no cuidado à saúde.

Essas ações demonstram que, mesmo em uma UBS com limitações estruturais, é possível promover inclusão e acessibilidade de forma prática e efetiva. Ao integrar ajustes no espaço físico, estratégias de comunicação adaptadas, atitudes centradas na pessoa e princípios éticos sólidos, a UBS torna-se um ambiente mais acolhedor, equitativo e capaz de atender às necessidades específicas de PcD e de suas famílias, alinhando-se aos princípios de uma atenção primária à saúde verdadeiramente inclusiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de adaptação inclusiva desenvolvida no contexto de uma Unidade Básica de Saúde do interior de Alagoas evidenciou que a promoção da acessibilidade e da inclusão de pessoas com deficiência não depende exclusivamente de grandes investimentos estruturais, mas também da reorganização dos processos de trabalho, da qualificação das equipes e da adoção de práticas centradas na pessoa. A identificação das barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais presentes no cotidiano da unidade permitiu compreender que a exclusão muitas vezes se manifesta de forma silenciosa, comprometendo o acesso, a autonomia e a participação efetiva dos usuários nos cuidados em saúde.

As intervenções implementadas demonstraram que medidas simples, como a reorganização dos espaços, a adequação da comunicação, a flexibilização dos fluxos de atendimento e a valorização da escuta qualificada, podem produzir impactos significativos na experiência dos usuários e de suas famílias. Além disso, o fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade contribuiu para ampliar o reconhecimento das necessidades específicas das pessoas com deficiência, favorecendo a construção de um cuidado mais humanizado, ético e equitativo.

Destaca-se ainda a importância da sensibilização permanente dos profissionais de saúde para a superação de práticas capacitistas e para a consolidação de uma cultura institucional baseada no respeito à diversidade e na garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Nesse sentido, a educação permanente em saúde configura-se como ferramenta estratégica para sustentar mudanças duradouras no processo de trabalho das equipes da APS.

Embora persistam desafios relacionados às limitações estruturais e à disponibilidade de recursos, a experiência apresentada reforça que a inclusão é um compromisso possível e necessário em todos os níveis de atenção à saúde.

A construção de serviços mais acessíveis e acolhedores requer planejamento, participação social e compromisso coletivo, alinhando-se aos princípios da universalidade, integralidade e equidade que fundamentam o SUS.

Dessa forma, a adaptação inclusiva na APS não deve ser compreendida como uma ação pontual, mas como um processo contínuo de transformação capaz de promover cidadania, autonomia e melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência e suas famílias.



CRONOGRAMA

Quadro 1 – Cronograma

ATIVIDADES	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
Planejamento das ações do projeto e reunião com a equipe da UBS	X					
Levantamento e cadastramento das pessoas com deficiência no território	X	X				
Atualização de prontuários e identificação das necessidades específicas dos usuários	X	X				
Diagnóstico das condições de acessibilidade da UBS	X	X				
Reorganização dos espaços físicos e adequação do mobiliário		X	X			
Implantação de sinalização visual acessível		X	X			
Capacitação da equipe sobre atendimento inclusivo e acessibilidade			X	X		
Rodas de conversa e sensibilização sobre combate ao capacitismo			X	X	X	
Implantação de acolhimento prioritário e flexibilização do agendamento		X	X			
Produção de materiais educativos acessíveis			X	X		
Realização de ações educativas com famílias e cuidadores				X	X	X
Monitoramento das ações implementadas				X	X	
Avaliação final dos resultados do projeto						X
Elaboração do relatório final						X

Fonte: próprios autores (2026).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 mar. 2026.

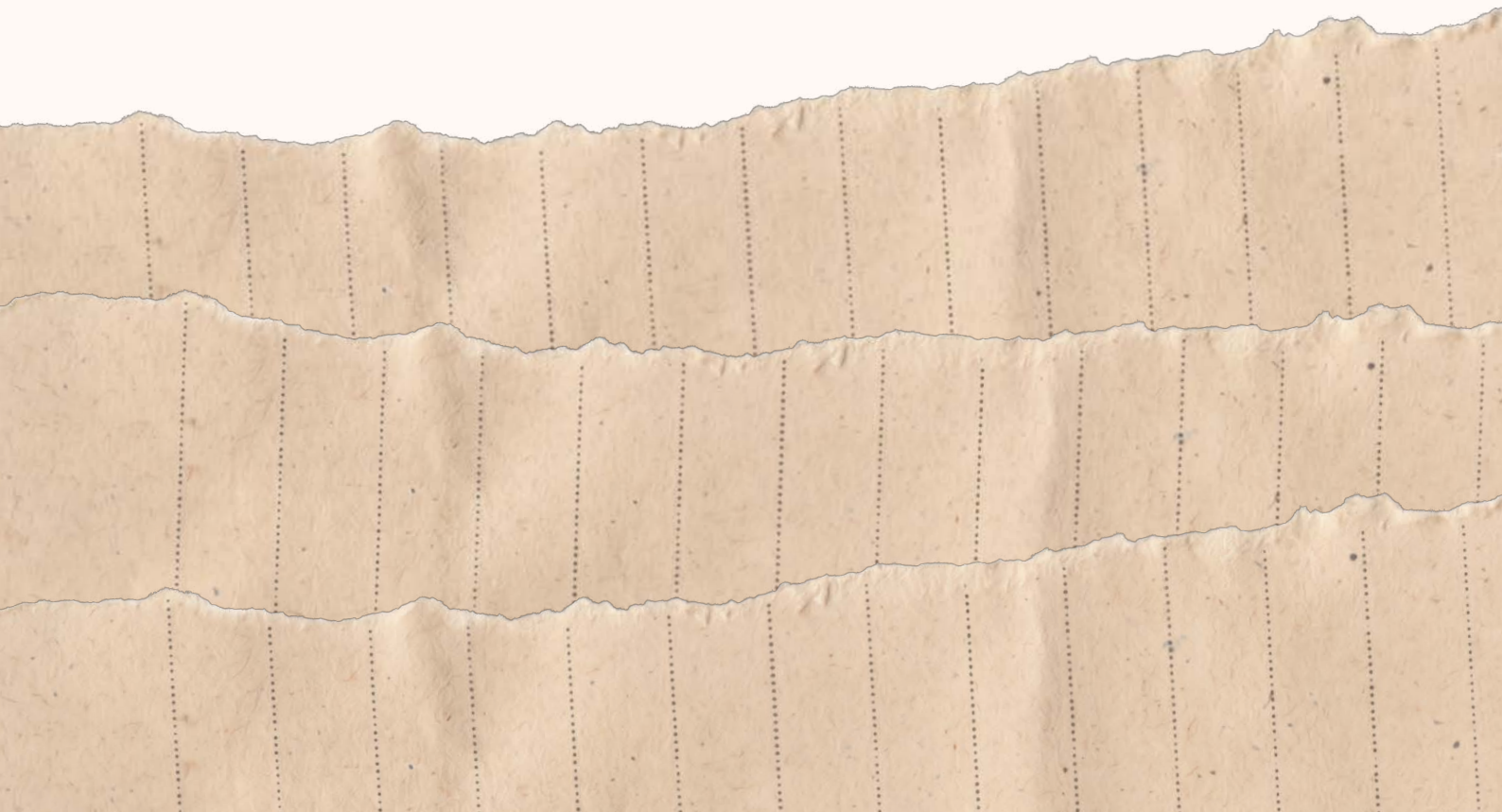
BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 29 mar. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6ec54f7c-5586-4e2e-bb13-e960fa979a81/content>. Acesso em: 29 mar. 2026.

CAPÍTULO 9

CAMINHOS PARA UM CUIDADO INCLUSIVO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nicácio Dieger Rocha
Adrielle Andrade Passos





INTRODUÇÃO

A garantia do acesso universal, integral e equânime à saúde, prevista na Constituição Federal de 1988, ainda representa um desafio para as Pessoas com Deficiência (PcD), especialmente no que se refere à acessibilidade comunicacional nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 1988). Entre esse público, as pessoas com deficiência auditiva enfrentam obstáculos relacionados ao acolhimento, à comunicação com profissionais de saúde e à compreensão das orientações realizadas durante o atendimento, fatores que podem limitar sua participação no processo saúde-doença-cuidado e comprometer sua autonomia (Oliveira *et al.*, 2015).

Grande parte dessas dificuldades está associada à insuficiência de formação dos profissionais para o uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras) e à escassez de estratégias inclusivas nos serviços (Tiradentes *et al.*, 2023). Diante dessas limitações, é comum a utilização de recursos de comunicação como escrita, gestos e mediação por familiares ou acompanhantes (Tedesco; Junges, 2013). Contudo, embora possam facilitar a interação em situações específicas, tais estratégias não asseguram, por si só, uma comunicação acessível e autônoma, podendo comprometer o vínculo entre usuário e profissional e restringir a participação ativa nas decisões relacionadas à sua saúde (Oliveira *et al.*, 2015; Tedesco; Junges, 2013).

A legislação brasileira, por meio da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023 (Brasil, 2015, 2023), assegura o direito ao atendimento integral, acessível e livre de discriminação às PcD.



Entretanto, a persistência de barreiras comunicacionais nos serviços de saúde revela a necessidade de aprimorar as práticas assistenciais, de modo a garantir a efetivação desses direitos no cotidiano da APS.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) São Francisco, localizada no município de Januária/MG, observa-se a necessidade de desenvolver ações que contribuam para a melhoria da comunicação entre profissionais e usuários com deficiência auditiva, favorecendo o acolhimento, o acesso às informações em saúde e a participação desses indivíduos no cuidado. Nesse contexto, propõe-se a elaboração de um projeto de intervenção voltado à qualificação da equipe e ao fortalecimento de práticas inclusivas, visando promover uma assistência mais acessível e humanizada à população surda adscrita ao território.

JUSTIFICATIVA

A análise da realidade da ESF São Francisco evidencia desafios relacionados à acessibilidade e inclusão das PcD, tanto no que se refere à estrutura física quanto aos aspectos comunicacionais e atitudinais. Esses desafios refletem obstáculos à efetivação do direito à saúde com equidade, conforme previsto na legislação brasileira (Brasil, 2015; Brasil, 2023).



No que se refere à acessibilidade física, a unidade apresenta barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso e a circulação dos usuários com deficiência. Embora disponha de rampas com corrimãos, observam-se inadequações relacionadas à largura das portas, à disposição do mobiliário e à altura dos balcões de atendimento, fatores que podem restringir a mobilidade e a interação dos usuários com deficiência. Além disso, a ausência de sinalização acessível, tanto visual quanto tátil, compromete a orientação e autonomia de pessoas com deficiência visual ou com outras necessidades específicas, contrariando recomendações estabelecidas pelas normas de acessibilidade (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020).

Entretanto, dentre os desafios identificados, as barreiras comunicacionais se destacam como um dos principais entraves para garantia de um cuidado inclusivo e equânime às pessoas com deficiência auditiva. A equipe da ESF não possui profissionais treinados em Libras, o que dificulta a comunicação direta entre usuários e profissionais, comprometendo o acolhimento, a compreensão das orientações em saúde e a participação ativa dessas pessoas no processo saúde-doença-cuidado.

Em consequência, torna-se frequente a dependência de familiares ou acompanhantes para intermediar a comunicação, situação que pode limitar a autonomia dos usuários e comprometer sua privacidade durante os atendimentos.

Além disso, embora os profissionais demonstrem disposição para acolher os usuários, a comunicação ocorre predominantemente de forma verbal. A escassez de estratégias acessíveis para educação em saúde, como materiais ilustrados, vídeos legendados ou conteúdos adaptados, dificulta o acesso à informação e pode contribuir

para o distanciamento desses usuários dos serviços oferecidos, conforme a literatura (Andrade *et al.*, 2022; Kuhn *et al.*, 2025).

Para além das questões estruturais e comunicacionais, é necessário considerar os aspectos atitudinais que permeiam o cuidado em saúde. Embora a equipe demonstre compromisso com a assistência prestada à população, ainda persistem práticas influenciadas por uma perspectiva predominantemente biomédica e, por vezes, capacitista. Situações como direcionar a comunicação ao acompanhante em vez do próprio usuário ou subestimar sua capacidade de compreensão podem comprometer o exercício da autonomia e o protagonismo das PcD no cuidado à própria saúde. Nesse sentido, a construção de práticas mais inclusivas requer o conhecimento da PcD como sujeito de direitos, capaz de participar ativamente das decisões relacionadas ao seu atendimento e acompanhamento.

Diante desse cenário, torna-se necessária a implementação de ações voltadas à qualificação da equipe, à ampliação da acessibilidade comunicacional e ao fortalecimento de práticas inclusivas no âmbito da APS. A proposta justifica-se pela necessidade de promover um atendimento mais acessível, humanizado e resolutivo às pessoas com deficiência auditiva, contribuindo para a redução de barreiras, o fortalecimento da autonomia dos usuários e a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Promover a qualificação da assistência prestada às pessoas com deficiência auditiva na Estratégia Saúde da Família São Francisco por meio da formação da equipe multiprofissional em Libras e acessibi-

lidade comunicacional e da implementação de estratégias voltadas à ampliação da acessibilidade comunicacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Promover a formação da equipe de Saúde da Família em noções básicas da Libras, em articulação com a Secretaria Municipal de Educação;
- * Implementar estratégias de acessibilidade comunicacional para pessoas com deficiência auditiva, incluindo recursos visuais, fluxos adaptados e tecnologias assistivas;
- * Sensibilizar a equipe de saúde acerca dos direitos das pessoas com deficiência e dos princípios do modelo biopsicossocial;
- * Incentivar a identificação e o enfrentamento de práticas capacitistas no atendimento;
- * Ampliar a comunicação direta entre profissionais e os usuários com deficiência auditiva;
- * Favorecer a autonomia e a participação dos usuários no processo saúde-doença-cuidado;
- * Estabelecer parcerias intersetoriais e comunitárias para fortalecer as ações de inclusão e acessibilidade no território adscrito à ESF.

METAS

Com o objetivo de viabilizar a implementação gradual da intervenção, foram estabelecidas metas de curto, médio e longo prazo, alinhadas aos objetivos propostos.

CURTO PRAZO (1 A 2, MESES)

- * Realizar pelo menos duas rodas de conversa com a equipe de saúde sobre inclusão, acessibilidade e atenção à pessoa com deficiência auditiva;
- * Identificar e cadastrar 100% dos usuários com deficiência auditiva adscritos ao território da ESF São Francisco;
- * Levantar as principais necessidades e dificuldades enfrentadas por esses usuários no acesso aos serviços de saúde;
- * Estabelecer parceria com a Secretaria Municipal de Educação para planejamento da formação em Libras.

MÉDIO PRAZO (3 A 9 MESES)

- * Treinar pelo menos 80% dos profissionais da equipe de saúde em noções básicas de Libras;
 - * Implantar recursos de comunicação acessível na unidade, incluindo materiais visuais informativos e sinalização adaptada;
 - * Elaborar e implementar fluxo de acolhimento adaptado às necessidades das pessoas com deficiência auditiva;
 - * Desenvolver pelo menos um material educativo acessível voltado à população surda.
- 

LONGO PRAZO (10 A 12 MESES)

- * Garantir a incorporação das estratégias de acessibilidade comunicacional na rotina da unidade;
- * Ampliar a participação das pessoas com deficiência auditiva em ações coletivas e atividades de promoção da saúde realizadas pela ESF;
- * Fortalecer ações intersetoriais voltadas à inclusão e à acessibilidade no território;
- * Avaliar a percepção dos usuários com deficiência auditiva quanto à melhoria da comunicação e do acolhimento na unidade.

METODOLOGIA

Este projeto de intervenção baseia-se em uma abordagem participativa, intersetorial e orientada pela Educação Permanente em Saúde, envolvendo profissionais da equipe, usuários e parceiros institucionais. Inicialmente, será realizada uma reunião com a equipe multiprofissional para apresentação do projeto e discussão dos principais desafios identificados no diagnóstico situacional. Esse encontro terá caráter formativo e reflexivo, estimulando a problematização das práticas e a construção coletiva de estratégias voltadas à inclusão das pessoas com deficiência auditiva.

Em seguida, será realizado o mapeamento das pessoas com deficiência auditiva cadastradas na área de abrangência da equipe, por meio da consulta aos cadastros individuais do sistema digital integrado e-SUS Atenção Primária à Saúde (APS), das

informações fornecidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da busca ativa durante visitas domiciliares. Essa etapa permitirá identificar o quantitativo de usuários, suas principais demandas e as barreiras enfrentadas no acesso aos serviços de saúde. Para o alcance das metas relacionadas à qualificação profissional, será estabelecida parceria com a Secretaria Municipal de Educação, especialmente com profissionais que possuam experiência no ensino da Libras. A partir dessa articulação, serão ofertadas oficinas teórico-práticas com carga horária total de 15 horas, distribuídas em 15 encontros quinzenais de uma hora cada (Apêndice A).

As oficinas serão desenvolvidas com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, priorizando a participação dos profissionais, a contextualização dos conteúdos à realidade da Atenção Primária à Saúde e a utilização de recursos visuais, simulações e estudos de caso (Santana; Fiori, 2025). A definição do número de encontros, da carga horária e dos conteúdos programáticos foi realizada em conjunto com a Secretaria Municipal de Educação, considerando a disponibilidade dos profissionais da equipe e a viabilidade operacional da unidade.

O conteúdo programático contemplará temas relacionados à cultura surda, fundamentos da Libras, acolhimento e comunicação em saúde, vocabulário aplicado à APS, construção de anamnese básica, ética e humanização do cuidado, tecnologias assistivas e simulações de situações cotidianas de atendimento.

Para avaliar a evolução dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais relacionados ao atendimento da pessoa com deficiência auditiva, será aplicado um instrumento de autoavaliação antes e após a formação (Apêndice B).

Paralelamente às oficinas, serão implementadas ações voltadas à ampliação da acessibilidade comunicacional na unidade, incluindo a elaboração de materiais educativos acessíveis, como cartazes ilustrados, fichas de comunicação visual e vídeos legendados, bem como a reorganização do fluxo de acolhimento para favorecer a autonomia dos usuários com deficiência auditiva.

Também serão promovidos momentos de Educação Permanente em Saúde voltados à discussão dos direitos das pessoas com deficiência, do modelo biopsicossocial e do enfrentamento ao capacitismo, buscando estimular práticas mais inclusivas e centradas nas necessidades dos usuários.

A participação das pessoas com deficiência auditiva será incentivada ao longo de todo o processo, por meio da escuta qualificada de suas experiências e da ampliação de sua participação em espaços coletivos, como reuniões comunitárias e instâncias de controle social. Dessa forma, busca-se fortalecer o vínculo entre equipe e comunidade, contribuindo para a construção de um cuidado mais inclusivo, acessível e orientado pelos princípios da equidade no Sistema Único de Saúde.

PARÂMETROS DE ACOMPANHAMENTO

A fim de monitorar a execução da intervenção e avaliar o alcance dos resultados propostos, será instituído um processo contínuo de acompanhamento, cujos indicadores serão discutidos periodicamente nas reuniões mensais da equipe da ESF São Francisco. A avaliação contemplará aspectos relacionados à qualificação profissional, à acessibilidade comunicacional, à satisfação dos usuários e à incorporação de práticas inclusivas no cotidiano da unidade.

Para o objetivo de qualificar os profissionais em Libras, será utilizado como indicador o percentual de trabalhadores que concluem

a formação proposta, estabelecendo-se como meta a participação de, no mínimo, 80% da equipe. Além disso, será aplicado instrumento de autoavaliação antes e após o processo formativo, permitindo comparar a percepção dos profissionais quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à acessibilidade comunicacional.

No que se refere à ampliação da acessibilidade comunicacional, será monitorado o número de recursos implantados na unidade, tais como cartazes ilustrados, fichas de comunicação visual, materiais educativos adaptados e sinalizações acessíveis. A meta será implantar pelo menos três recursos permanentes durante a execução do projeto.

O fortalecimento da comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários com deficiência auditiva, bem como a satisfação destes em relação ao atendimento recebido, será avaliado por meio de instrumento específico aplicado ao final dos atendimentos (Apêndice C). Serão analisados aspectos relacionados ao acolhimento, à compreensão das orientações fornecidas, ao respeito à autonomia, à privacidade e à qualidade da comunicação estabelecida durante o atendimento.

Como indicador relacionado à autonomia dos usuários, será observado o número de atendimentos realizados sem a necessidade de mediação exclusiva por acompanhantes, sempre que compatível com a preferência e as condições do usuário.



Esse parâmetro permitirá avaliar a efetividade das estratégias implementadas para ampliar a comunicação direta entre profissionais e pessoas com deficiência auditiva.

Para acompanhar o fortalecimento das ações intersetoriais, será registrado o número de parcerias estabelecidas e de atividades desenvolvidas em conjunto com instituições do território, especialmente

a Secretaria Municipal de Educação e demais atores envolvidos na promoção da inclusão das pessoas com deficiência.

Por fim, será avaliada a percepção dos profissionais quanto à adoção de práticas inclusivas e à redução de atitudes capacitistas, por meio de questionários aplicados antes e após a intervenção, permitindo identificar mudanças relacionadas ao reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência e à qualificação do cuidado prestado (Apêndice B).

O monitoramento contínuo desses indicadores permitirá verificar o cumprimento das metas estabelecidas, identificar desafios e oportunidades de aprimoramento das ações e contribuir para a sustentabilidade das mudanças propostas, favorecendo a consolidação de uma cultura institucional mais inclusiva, acessível e comprometida com os princípios da equidade e da integralidade do cuidado.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a implementação deste projeto contribua para a redução das barreiras comunicacionais enfrentadas pelas pessoas com deficiência auditiva no acesso aos serviços da ESF São Francisco. Nesse sentido, prevê-se o fortalecimento da acessibilidade comunicacional da unidade, por meio da incorporação de recursos adaptados, da reorganização do acolhimento e da ampliação das estratégias de comunicação entre profissionais e usuários.

No âmbito da equipe de saúde, espera-se o desenvolvimento de competências básicas em Libras, bem como maior sensibilização quanto aos direitos das PcD, ao modelo biopsicossocial e à identificação de práticas capacitistas. Espera-se, ainda, que a formação contribua para o aumento da segurança dos profissionais no atendimento e para o fortalecimento de práticas assistenciais mais inclusivas e centradas no usuário.

Em relação aos usuários, espera-se maior autonomia durante os atendimentos, redução da dependência de acompanhantes para intermediação da comunicação e ampliação da compreensão das informações e orientações em saúde. Como consequência, prevê-se o fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade, favorecendo a participação dos usuários no processo saúde-doença-cuidado e contribuindo para a continuidade da atenção prestada.

Também se espera fortalecer a articulação intersetorial entre a saúde, a educação e demais atores do território, ampliando as oportunidades de inclusão social e de participação das pessoas com deficiência auditiva em espaços comunitários e de controle social.

Por fim, espera-se que as ações desenvolvidas contribuam para a efetivação dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade no Sistema Único de Saúde, promovendo um modelo de atenção mais acessível, resolutivo e comprometido com a garantia dos direitos das pessoas com deficiência.

AÇÕES REALIZADAS

Até o momento, foram desenvolvidas ações voltadas à implementação do projeto, incluindo a apresentação da proposta à equipe multiprofissional e a realização de reuniões para discussões dos desafios relacionados à acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência auditiva. Esses encontros possibilitaram a sensibilização dos profissionais quanto à temática e favoreceram o planejamento coletivo das atividades previstas.

A partir das discussões realizadas, foram definidas as atribuições de cada categoria profissional envolvida na intervenção, de modo a garantir a organização do processo de trabalho e a responsabilização da equipe na execução das ações propostas (Quadro 1).

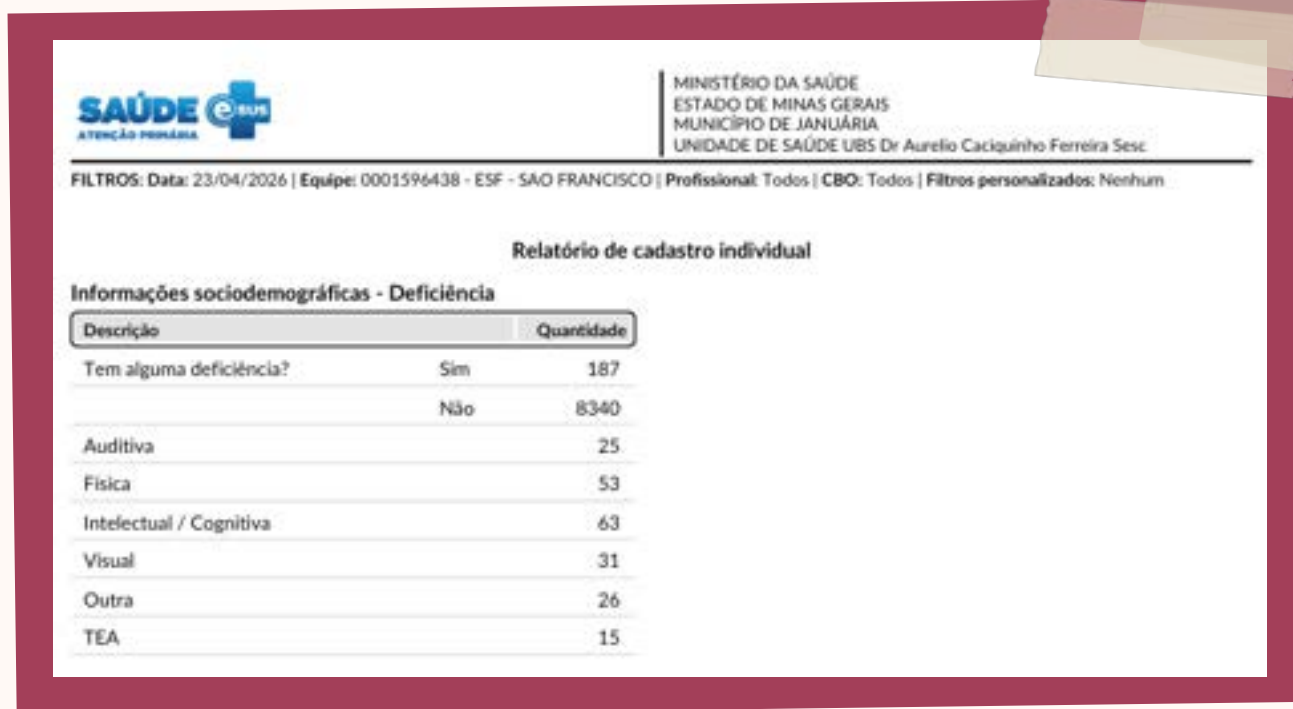
Quadro 1 – Responsabilidades por categoria profissional

Profissional	Responsabilidades
Agente Comunitário de Saúde	Identificação e cadastro das pessoas com deficiência auditiva no território
Enfermeiro	Coordenação das ações educativas e monitoramento dos indicadores
Médico	Coordenação geral do projeto de intervenção, adequação da comunicação clínica e acompanhamento longitudinal dos usuários
Técnico de enfermagem	Apoio ao acolhimento acessível e às atividades educativas
Recepcionista	Utilização dos recursos visuais e organização do fluxo de atendimento
Gestão local	Articulação intersetorial e apoio logístico para execução das ações.

Fonte: elaboração própria (2026).

Adicionalmente, foi realizado o levantamento preliminar das pessoas com deficiência auditiva residentes no território adscrito à unidade, permitindo melhor caracterização desse público e subsidiando o planejamento das ações de intervenção. Os resultados desse levantamento encontram-se apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Pessoas com deficiência cadastradas na área de abrangência da ESF São Francisco, segundo tipo de deficiência



Fonte: Sistema e-SUS APS. Relatório de Cadastro Individual da ESF São Francisco, Januária/MG, extraído em 23 abr. 2026.

Entretanto, considerando limitações relacionadas ao tempo disponível para execução do projeto e aos processos organizacionais da instituição, parte das ações previstas ainda não foi integralmente implementada. Para a sua efetiva concretização, encontram-se em fase de planejamento estratégias como o agendamento das formações com a Secretaria Municipal de Educação, a elaboração de materiais educativos acessíveis e a reorganização do fluxo de acolhimento da unidade.

A continuidade e a sustentabilidade dessas ações dependerão do envolvimento da equipe multiprofissional e do apoio da gestão local, aspectos que já demonstram potencial de viabilização a partir das articulações iniciais realizadas. Nesse contexto, o acompanhamento sistemático e a avaliação periódica das atividades propostas serão fundamentais para monitorar o progresso da intervenção, identificar desafios e subsidiar possíveis adequações, conforme descrito na seção de parâmetros de acompanhamento.

CRONOGRAMA

O cronograma de execução das ações previstas neste projeto de intervenção foi elaborado considerando as etapas de planejamento, qualificação da equipe, implementação das estratégias de acessibilidade comunicacional, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Cronograma das ações previstas para o projeto de intervenção

Atividades / Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Elaboração do projeto de intervenção	X								
Realização de reunião de sensibilização da equipe	X								
Realização de mapeamento dos usuários com deficiência auditiva	X								
Articulação de parceria com a Secretaria Municipal de Educação	X	X							
Formação em Libras e acessibilidade comunicacional		X	X	X	X	X	X	X	X
Adequação dos fluxos de atendimento da unidade					X	X			
Elaboração de materiais de comunicação acessível					X	X			
Fortalecimento de vínculo com a comunidade e incentivo à participação social	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas							X	X	X

Fonte: elaboração própria (2026).

Para fins de replicabilidade do projeto, caso não haja profissional especialista em Libras no município que pretenda replicar essa proposta, pode-se lançar mão, como plano de contingência, de ferramentas e estratégias alternativas, como a participação em cursos,

formações e webaulas gratuitos ofertados por universidades públicas ou pelo Ministério da Saúde (a depender da existência de ofertas vigentes no período); a utilização de serviços de teleconsultoria e tele-
-educação; a criação de parcerias com associações locais de pessoas com deficiência auditiva; e a articulação com o Conselho Municipal de Saúde e com a Secretaria Municipal de Educação na tentativa de firmar um acordo para a contratação (temporária ou definitiva) de profissional especialista em Libras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



A qualificação da assistência às pessoas com deficiência auditiva na Atenção Primária à Saúde ultrapassa a dimensão técnica e insere-se nos campos ético, político e humano da atenção à saúde. Ao propor estratégias voltadas à redução de barreiras comunicacionais e atitudinais, esta intervenção estimula a construção de relações pautadas na escuta, no respeito à diversidade e no reconhecimento da autonomia dos usuários.

A promoção de um ambiente verdadeiramente inclusivo requer ações que valorizem as potencialidades individuais, ampliem a participação social e garantam o acesso equitativo aos serviços de saúde. Nesse contexto, espera-se que as atividades desenvolvidas contribuam para o aprimoramento do processo de trabalho da equipe, o fortalecimento do vínculo com a comunidade e a consolidação de uma cultura institucional mais acessível, acolhedora e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. C. M. *et al.* Recursos audiovisuais como ferramenta de ensino da segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3404/851>. Acesso em: 14 abr. 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 14 abr. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 2, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 14 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir e definir as diretrizes de funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 160, n. 196, p. 99, 16 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em: 14 abr. 2026.

KUHN, H. F. *et al.* Diretrizes para a construção de materiais educativos em saúde. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 21, 2025. Disponível em <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v21/1808-5687-rbtc-21-e20250566.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2026.

OLIVEIRA, Y. C. A.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000100017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xnMSZYLXkdcx8z7kFBX3Bpz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 abr. 2026.

SANTANA, M. O. de; FIORI, A. P. S. de M. O ensino de Libras na formação de profissionais da saúde: análise de uma experiência na educação profissional e tecnológica. **Contribuições a las ciencias sociales**, [S. l.],

v. 18, n. 12, p. e22981, 2025. DOI: 10.55905/revconv.18n.12-218. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/22981>. Acesso em: 23 abr. 2026.

TEDESCO, J. R.; JUNGES, J. R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166212>. Acesso em: 14 abr. 2026.

TIRADENTES, C. S. *et al.* Atendimento à pessoa com deficiência auditiva e surdos na Atenção Básica: desafios no preparo dos profissionais de saúde e alternativas de mudança. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 23, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e11343.2023>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11343>. Acesso em: 14 abr. 2026.

APÊNDICE A – PLANO DE FORMAÇÃO EM LIBRAS E ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL

- Carga horária total: 15 horas
- Periodicidade: Quinzenal
- Público-alvo: Profissionais da Estratégia Saúde da Família
- Objetivo: Desenvolver competências básicas em Língua Brasileira de Sinais (Libras) e sensibilizar os profissionais para a promoção da acessibilidade comunicacional no atendimento às pessoas com deficiência auditiva.

Quadro 1 – Temas e estratégias pedagógicas das formações

Encontro	Tema	Objetivo	Estratégia Metodológica
1	Cultura surda e acessibilidade em saúde	Sensibilizar os participantes para as especificidades da comunidade surda	Roda de conversa e exibição de vídeos
2	Introdução à Libras e datilologia	Conhecer os fundamentos da Libras e o alfabeto manual	Aula dialogada e prática supervisionada
3	Cumprimentos e acolhimento	Desenvolver habilidades básicas de recepção e acolhimento	Simulações de atendimento
4	Vocabulário em saúde	Aprender sinais relacionados a sintomas e queixas frequentes	Exercícios práticos
5	Construção de anamnese básica	Desenvolver comunicação inicial em consultas	Simulações clínicas
6	Expressões faciais e corporais	Compreender elementos gramaticais da Libras	Atividades práticas
7	Comunicação em situações de urgência	Utilizar sinais prioritários em situações emergenciais	Simulações
8	Recursos visuais e tecnologias assistivas	Conhecer ferramentas complementares de comunicação	Oficina prática
9	Formação de frases simples	Desenvolver maior fluidez comunicacional	Exercícios colaborativos
10	Libras aplicada à Atenção Primária à Saúde	Aplicar Libras em situações comuns da APS	Estudos de caso
11	Vivência com pessoa surda convidada	Favorecer interação direta e troca de experiências	Relato de experiência e prática supervisionada
12	Ética, autonomia e humanização do cuidado	Discutir direitos, privacidade e participação dos usuários	Discussão em grupo
13	Revisão dos conteúdos	Consolidar conhecimentos adquiridos	Dinâmicas de revisão
14	Simulação integrada de atendimento	Exercitar o fluxo completo de atendimento	Simulação prática
15	Avaliação final e planejamento da continuidade	Avaliar aprendizagens e definir estratégias futuras	Avaliação e feedback coletivo

APÊNDICE B – Instrumento de autoavaliação dos profissionais antes e após a formação

Autoavaliação das Competências Profissionais

Unidade de Saúde da Família: _____

Categoria profissional: _____

Data: ____/____/____

Momento de aplicação: () Antes da formação () Após a formação

Instruções: Assinale a alternativa que melhor representa sua percepção em relação às afirmativas apresentadas.

Escala de avaliação:

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo parcialmente

3 = Nem concordo nem discordo

4 = Concordo parcialmente

5 = Concordo totalmente

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Unidade de Saúde da Família: _____

Data: ____/____/____

Tipo de atendimento recebido:

- ☐ Consulta médica
- ☐ Consulta de enfermagem
- ☐ Procedimento
- ☐ Vacinação
- ☐ Atendimento odontológico
- ☐ Outro: _____

Avaliação do Atendimento

1. Você conseguiu se comunicar adequadamente com os profissionais da unidade?

- ☐ Sim, sem dificuldades
- ☐ Sim, com poucas dificuldades
- ☐ Não

2. Os profissionais demonstraram respeito durante o atendimento?

- ☐ Sempre
- ☐ Na maior parte do tempo
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Não

3. Foram utilizados recursos que ajudaram na sua comunicação durante o atendimento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não foi necessário

Se sim, quais recursos foram utilizados? (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Libras
- ☐ Comunicação escrita
- ☐ Imagens ou figuras
- ☐ Gestos e mímicas
- ☐ Aplicativos ou recursos digitais
- ☐ Outro: _____

4. Você precisou da ajuda de um acompanhante ou familiar para se comunicar durante o atendimento?

- ☐ Sim, durante todo o atendimento
- ☐ Sim, em alguns momentos
- ☐ Não
- ☐ Compareci sem acompanhante

5. Você compreendeu as orientações recebidas sobre seu cuidado ou tratamento?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

6. Você se sentiu incluído(a) nas decisões sobre sua saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

7. O atendimento respeitou sua privacidade durante a consulta ou procedimento?

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

8. Você voltaria a procurar esta unidade quando precisasse de atendimento?

- ☐ Sim
- ☐ Talvez
- ☐ Não

Espaço para Sugestões

O que poderia ser melhorado para facilitar seu atendimento?

Avaliação Global

De 0 a 10, qual nota você atribui ao atendimento recebido?

Nota: _____



CAPÍTULO 10

DO PLANO DE INTERVENÇÃO À ARTICULAÇÃO MUNICIPAL: EXPERIÊNCIA EM ANDAMENTO DE APOIO A FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES DO DESENVOLVIMENTO EM POTIRENDABA, SP

Mikeli Esther Serasi
Luize Elias Alves de França



INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) são condições do neurodesenvolvimento que impactam a comunicação, o comportamento e a funcionalidade dos indivíduos, exigindo acompanhamento contínuo, intervenção oportuna e suporte familiar estruturado ao longo de todo o curso de vida (Brasil, 2025).

No Brasil, a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo a pessoa com TEA como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e estabelecendo, entre suas diretrizes, a intersetorialidade das ações, a atenção integral à saúde com vistas ao diagnóstico precoce e a responsabilidade do poder público quanto à capacitação de profissionais e ao apoio a pais e responsáveis (Brasil, 2012). Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Linha de Cuidado para Transtorno do Espectro Autista, que reforça o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na identificação precoce de sinais de alerta, na vigilância do desenvolvimento infantil e na constituição de ações de orientação parental e de grupos de apoio como estratégias para qualificar o cuidado e reduzir a sobrecarga das famílias (Brasil, 2025).



O cuidado a crianças e adolescentes com essas condições não se limita aos aspectos clínicos do desenvolvimento infantil, pois envolve diretamente o núcleo familiar. A literatura tem demonstrado que cuidadores de crianças com TEA e TDAH vivenciam sobrecarga física e emocional relevante, decorrente do manejo cotidiano de comportamentos, do acompanhamento a múltiplos serviços de saúde, da dificuldade em obter diagnóstico oportuno e, com frequência, da ausência de uma rede de apoio social consistente (Zanatta *et al.*, 2014; Faria; Cardoso, 2016). Estudos de revisão apontam que a intensidade dessa sobrecarga se relaciona à gravidade dos sintomas da criança, às dificuldades econômicas da família e, sobretudo, à falta de suporte social e institucional, o que reforça a relevância de ações intersetoriais e de educação em saúde voltadas a esse público (Constantinidis; Pinto, 2020).

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica, por constituir o ponto de cuidado mais próximo da família e do território, com potencial para oferecer escuta qualificada, acolhimento e continuidade do acompanhamento. O fortalecimento de espaços coletivos de apoio entre famílias tem sido reconhecido como estratégia capaz de favorecer a troca de experiências, reduzir o isolamento dos cuidadores e ampliar o sentimento de pertencimento a uma rede de cuidado compartilhado (Schiochet *et al.*, 2020).

É justamente por reunir famílias em situação semelhante, sob mediação de uma equipe multiprofissional, que o grupo de apoio se consolida como dispositivo de cuidado capaz de qualificar tanto o suporte emocional às famílias quanto a própria prática profissional.

No território de Potirendaba, interior do estado de São Paulo, observou-se, no cotidiano da Unidade Básica de Saúde (UBS) Estratégia



de Saúde da Família (ESF) Antônio Abdalla., um número crescente de crianças e adolescentes com diagnóstico ou suspeita de TEA e TDAH, acompanhado de relatos recorrentes de insegurança no manejo familiar e de sobrecarga emocional dos cuidadores. Esse cenário, percebido a partir da prática cotidiana da equipe, motivou a elaboração de um Plano de Intervenção (PI) no contexto do curso “UBS Acessível e Inclusiva”, inicialmente direcionado à realidade dessa unidade.

O presente texto tem como propósito relatar o percurso dessa experiência, desde sua concepção como proposta local até sua ampliação para uma iniciativa municipal e intersetorial, em diálogo com uma demanda e uma rede de cuidado já existentes no município. Cabe destacar que essa ampliação não decorreu de uma ação isolada, mas da validação, pela própria gestão municipal, de uma necessidade que a equipe da UBS já vinha percebendo em sua realidade cotidiana.



Nesse sentido, o curso “UBS Acessível e Inclusiva” cumpriu papel relevante ao proporcionar o espaço formativo necessário para sistematizar essa percepção em um projeto de intervenção, o que possibilitou transformar uma observação da prática em proposta concreta de cuidado.

Trata-se, portanto, de um relato de experiência em andamento, e não de uma intervenção finalizada ou de resultados avaliados de forma sistemática.

DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

A análise inicial da UBS ESF I Antônio Abdalla, realizada no âmbito do curso, identificou barreiras físicas, comunicacionais e

atitudinais que dificultam o acolhimento de pessoas com deficiência e de crianças com TEA. Entre os aspectos observados, destacam-se a ausência de piso tátil, a disposição inadequada do mobiliário na recepção, a largura limitada de portas internas e a inexistência de um ambiente com controle de estímulos sensoriais voltado ao acolhimento de crianças com TEA.

No campo comunicacional, constatou-se a ausência de recursos acessíveis, como pictogramas e materiais visuais, o que dificulta a compreensão de informações por usuários com deficiência intelectual ou dificuldades de comunicação. Quanto às atitudes da equipe, identificou-se a presença, ainda que sutil, de práticas capacitistas, a exemplo da atribuição de sintomas exclusivamente ao transtorno, sem a devida investigação clínica ampliada, o que pode comprometer a qualidade da avaliação e do cuidado prestado.

Esse diagnóstico situacional fundamentou a proposta original do Plano de Intervenção: a criação ou o fortalecimento de um grupo de apoio para familiares de crianças e adolescentes com TEA e TDAH, associada a ações de educação permanente da equipe e à melhoria gradual da acessibilidade física e comunicacional da unidade.

Durante o processo de articulação junto à Secretaria Municipal de Saúde, identificou-se que o tema já constituía uma demanda de interesse do município, e que Potirendaba contava com uma rede de cuidado preexistente, incluindo o Centro de Prevenção e Orientação, com equipe multiprofissional de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, além da oferta de equoterapia, com encaminhamentos e recursos de transporte às famílias. Esse reconhecimento foi determinante para a reorientação da proposta, que deixou de se restringir à UBS de referência e passou a dialogar com uma iniciativa municipal mais ampla.

Esse movimento de ampliação merece ser destacado como um dos aspectos mais relevantes do percurso relatado. A constatação de

que a necessidade identificada na prática cotidiana da UBS coincidia com uma demanda já reconhecida pela gestão municipal funciona como validação externa da leitura inicial feita pela equipe: o fenômeno percebido na unidade de referência não era isolado, mas refletia uma realidade presente em todo o território do município. Esse reconhecimento reforça a relevância da atenção atenta da equipe de saúde da família às necessidades do seu território, bem como o valor de cursos de formação que possibilitam transformar essa percepção em projetos estruturados de intervenção.

OBJETIVO



Relatar a experiência em andamento de articulação intersetorial para o fortalecimento da rede de apoio a mães, familiares e cuidadores de crianças com TEA, TDAH e outras condições do desenvolvimento, a partir de um Plano de Intervenção elaborado no curso “UBS Acessível e Inclusiva”.

PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso aqui relatado seguiu uma sequência de etapas que articula a elaboração técnica do Plano de Intervenção, no contexto do curso, e o diálogo posterior com a gestão municipal e a comunidade.

IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE E ELABORAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO



A necessidade de apoio às famílias de crianças com TEA e TDAH foi identificada durante a elaboração do Plano de Intervenção no

curso “UBS Acessível e Inclusiva”, a partir da análise da realidade da UBS Estratégia de Saúde da Família (ESF) I Antônio Abdalla. O Projeto de Intervenção (PI) original propunha a criação de um grupo de apoio, encontros educativos mensais com a equipe multiprofissional, orientações sobre manejo comportamental e comunicação, sensibilização da equipe para práticas não capacitistas e adequações graduais de acessibilidade física e comunicacional na unidade.

ARTICULAÇÃO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A proposta foi apresentada à Secretaria Municipal de Saúde, representada pela Secretária de Saúde. Nesse diálogo, identificou-se que o tema já era uma demanda de interesse do município, e que parte da estrutura necessária ao apoio dessas famílias, como equipe multiprofissional, encaminhamentos terapêuticos e equoterapia, já estava em funcionamento por meio do Centro de Prevenção e Orientação.

AMPLIAÇÃO DA PROPOSTA PARA INICIATIVA MUNICIPAL E INTERSETORIAL

A partir desse reconhecimento, a proposta inicialmente vinculada à UBS de referência foi ampliada, passando a dialogar com uma iniciativa municipal que envolve as seis equipes de Estratégia Saúde da Família do município, além dos setores de Educação, Assistência Social e Cultura. A autora participou desse processo a partir da identificação da necessidade, da sensibilização inicial e da articulação junto à gestão municipal, que conduziu a organização da proposta ampliada.

CONEXÃO COM O GRUPO MÃES QUE BRILHAM

No percurso de articulação, identificou-se que mães do município já haviam constituído, por iniciativa própria, um grupo de apoio denominado *Mães que Brilham*, voltado ao compartilhamento de experiências, ao apoio mútuo e à troca de informações entre famílias. A proposta de fortalecimento da rede de apoio passou, então, a dialogar diretamente com essa organização preexistente, reconhecendo o protagonismo das próprias mães na sua criação e condução.

REUNIÃO INSTITUCIONAL DE APRESENTAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL, 9 DE MAIO DE 2026

Em 9 de maio de 2026, foi realizada uma reunião institucional de apresentação da proposta às mães e de articulação intersetorial, com a participação da Prefeita do município e de representantes dos setores de Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura. Nesse encontro, foram apresentados projetos relacionados ao tema e discutidas estratégias para o fortalecimento da rede de apoio às famílias.

PRIMEIRO ENCONTRO OFICIAL COM O GRUPO MÃES QUE BRILHAM, 28 DE MAIO DE 2026

Em 28 de maio de 2026, distinto da reunião institucional anterior, foi realizado o primeiro encontro oficial com as mães do grupo *Mães que Brilham*, com o objetivo de acolher, escutar e esclarecer

as principais dúvidas trazidas pelas famílias. O encontro contou com a participação de representantes dos setores de Saúde, Educação e Assistência Social, e o tema central foram os direitos sociais das famílias. Participou desse encontro um advogado que já presta consultoria ao Conselho Tutelar, ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com orientações sobre direitos, benefícios e aposentadorias especiais.

ORGANIZAÇÃO DOS PRÓXIMOS ENCONTROS

A partir da escuta realizada nesse primeiro encontro, os temas dos próximos encontros vêm sendo organizados conforme as necessidades identificadas pelo próprio grupo, com destaque para o luto do diagnóstico, com participação de psicóloga, previsto para junho de 2026, e uso das medicações, com participação de farmacêutico, previsto para julho de 2026.

AÇÕES REALIZADAS

Até o momento da elaboração deste relato, foram efetivamente realizadas as seguintes ações:

- * Articulação com a Secretaria Municipal de Saúde para apresentação da proposta;
- * Elaboração do diagnóstico situacional e do Plano de Intervenção no âmbito do curso “UBS Acessível e Inclusiva”;
- * Articulação com a Secretaria Municipal de Saúde para apresentação da proposta;

- * Participação no processo de sensibilização e de ampliação da proposta para uma iniciativa municipal e intersetorial;
- * Reunião institucional de apresentação e articulação interse-
torial, realizada em 9 de maio de 2026, com participação da
gestão municipal e dos setores de Saúde, Educação, Assistên-
cia Social e Cultura;
- * Primeiro encontro oficial com as mães do grupo *Mães que
Brilham*, realizado em 28 de maio de 2026, com foco em aco-
lhimento, escuta e orientação sobre direitos sociais;
- * Planejamento dos encontros seguintes, com temas definidos
a partir das demandas apresentadas pelo grupo.

Cabe destacar que, em relação às ações de reorganização física previstas no Plano de Intervenção original, não houve necessidade de executá-las nesta etapa, uma vez que os encontros coletivos têm ocorrido em espaços municipais já disponíveis, como a Academia da Saúde.

AÇÕES PREVISTAS OU EM ANDAMENTO

Como continuidade do processo iniciado, encontram-se previs-
tas ou em fase de organização as seguintes ações:

- * Realização de encontros mensais com o grupo *Mães que Bri-
lham*, conforme demandas identificadas pelas próprias parti-
cipantes;
- * Encontro sobre o luto do diagnóstico, com participação de
psicóloga, em junho de 2026;
- * Encontro sobre uso das medicações, com participação de far-
macêutico, em julho de 2026;

- * Fortalecimento contínuo da rede de apoio intersetorial entre Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura;
- * Possibilidade futura de retomada das ações de acessibilidade comunicacional e de qualificação das equipes da APS, conforme previsto no Plano de Intervenção original.

RESULTADOS INICIAIS E DESDOBRAMENTOS

Por se tratar de uma experiência em andamento, não houve, até o momento, avaliação formal de impacto sobre as famílias ou sobre a equipe. Os pontos a seguir devem ser compreendidos como desdobramentos iniciais observados ao longo do percurso, e não como efeitos comprovados.

Como desdobramento inicial, observou-se a ampliação do diálogo entre gestão municipal, equipes de saúde e famílias em torno do tema do apoio a crianças com TEA, TDAH e outras condições de desenvolvimento.

A experiência favoreceu a articulação intersetorial e a organização de uma agenda inicial de encontros com o grupo *Mães que Brilham*, além de ter contribuído para dar maior visibilidade institucional a uma demanda que já estava presente no território.

A redução da sobrecarga emocional dos cuidadores, a melhoria do manejo familiar e o fortalecimento da qualidade do cuidado constituem expectativas e potencialidades da experiência, decorrentes da proposta original do Plano de Intervenção, mas ainda não foram objeto de avaliação sistemática e, por isso, não são aqui apresentados como resultados alcançados.

LIMITAÇÕES

Este relato descreve uma experiência em andamento, cujos desdobramentos continuam sendo construídos. Algumas limitações merecem destaque:

- Ainda não houve avaliação sistemática dos efeitos da iniciativa sobre as famílias, sobre o manejo familiar ou sobre a sobrecarga emocional dos cuidadores;
- Parte das ações previstas no Plano de Intervenção original, como a implantação de materiais de comunicação acessível e a capacitação ampla da equipe para o atendimento inclusivo, foi adaptada ao novo contexto municipal e ainda não foi executada nesta etapa;
- As ações de reorganização física da UBS não foram realizadas até o momento, tendo em vista que os encontros coletivos ocorrem em espaços municipais já disponíveis;
- A condução da proposta ampliada é compartilhada entre a gestão municipal, os setores envolvidos e o próprio grupo Mães que Brilham, não cabendo atribuir a iniciativa municipal a uma autoria exclusiva ou individual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso aqui relatado evidencia como um Plano de Intervenção construído no contexto da Atenção Primária à Saúde pode funcionar como disparador de diálogo, sensibilização e articulação intersetorial, ultrapassando os limites de uma única unidade de saúde quando encontra, no território, uma demanda e uma rede de cuidado já existentes.

Mais do que uma mudança de escala, essa ampliação representa uma validação importante do trabalho realizado: o fato de a proposta elaborada para uma única UBS ter dialogado, quase imediatamente, com uma necessidade já sentida pelo município como um todo demonstra que a equipe de saúde da família estava atenta e percebia corretamente o fenômeno em sua realidade cotidiana.

O curso “UBS Acessível e Inclusiva” proporcionou justamente essa possibilidade, a de parar, observar com cuidado o território e transformar essa observação em um projeto de intervenção estruturado, capaz de dialogar com necessidades que extrapolam os limites de uma única unidade.

A experiência reforça, ainda, o protagonismo das famílias e, em especial, das mães organizadas no grupo *Mães que Brilham*, cuja iniciativa precedeu e fundamentou a ampliação da proposta. Reforça, também, a importância da gestão municipal e da articulação entre os setores de Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura na construção de respostas mais integradas às necessidades de famílias de crianças com TEA, TDAH e outras condições do desenvolvimento, como o Transtorno Opositor Desafiador e a Síndrome de Down.

Trata-se, por fim, de um percurso ainda em construção, cuja continuidade dependerá do fortalecimento contínuo dessa articulação e do compromisso compartilhado entre equipes de saúde, gestão municipal e comunidade. A fidelidade entre o que foi planejado, o que foi efetivamente realizado e o que ainda está por vir é o que confere a este relato seu valor como experiência formativa e como possível referência para outras unidades e municípios interessados em qualificar o cuidado a essas famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

CONSTANTINIDIS, T. C.; PINTO, A. S. Revisão integrativa sobre a vivência de mães de crianças com transtorno de espectro autista. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 2, p. 117-129, 2020.

FARIA, A. M. D. B.; CARDOSO, C. L. Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 228-237, 2016.

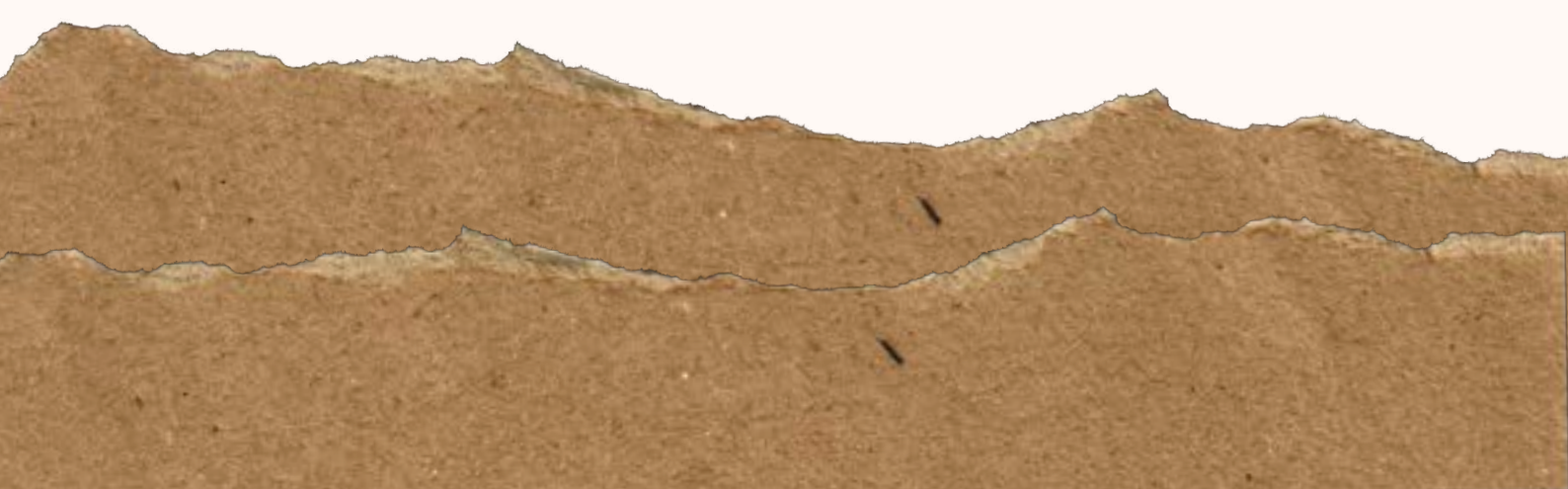
SCHIOCHET, G. F. *et al.* Relato de experiência da formação de um grupo de promoção de saúde na Estratégia de Saúde da Família. **Pensar Acadêmico**, Manhauçu, v. 18, n. 3, p. 591-606, 2020.

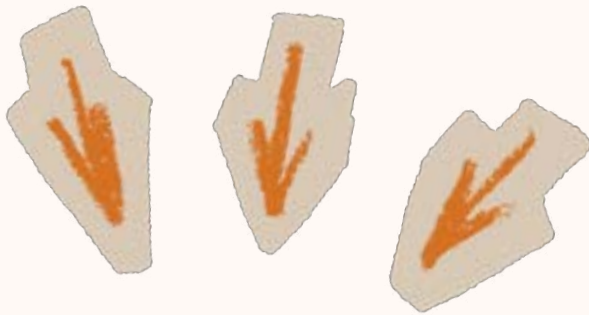
ZANATTA, E. A. *et al.* Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 271-282, 2014.

CAPÍTULO 11

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE E DA INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA UBS CALUX

Matheus Ravel Timo Barbosa
Adrielle Andrade Passos





INTRODUÇÃO

A garantia do acesso universal e equânime aos serviços de saúde constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência (PcD) requer a organização de serviços capazes de responder às diferentes necessidades desse público, assegurando acessibilidade, acolhimento e participação social. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) reforçam a responsabilidade dos serviços de saúde na promoção da autonomia, da inclusão e da eliminação das barreiras que dificultam o exercício pleno do direito à saúde (Brasil, 2015, 2023).

O modelo social da deficiência ultrapassa a perspectiva biomédica e compreende que as limitações vivenciadas pelas PcD resultam da interação entre condições individuais e barreiras presentes no ambiente físico, social e institucional (Bampi; Guilhem; Alves, 2010). Nesse sentido, barreiras arquitetônicas e comunicacionais podem restringir a participação social e comprometer o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a produção de iniquidades e para a exclusão de usuários dos processos de cuidado (Santos *et al.*, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS), por constituir a principal porta de entrada do SUS e ser coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, desempenha papel estratégico na identificação e no enfrentamento dessas barreiras (Brasil, 2017). Além da oferta de ações assistenciais, cabe às equipes desenvolver práticas inclusivas, promover processos de educação permanente em saúde e articular estratégias intersetoriais capazes de ampliar o acesso e a integralidade do cuidado ofertado às PcD (Akerman *et al.*, 2014; Brasil, 2018, 2023).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Calux, localizada no município de São Bernardo do Campo, foi inaugurada há pouco mais de um ano e atende um território caracterizado por distintas condições socioeconômicas. Parte da população adscrita reside em áreas de maior vulnerabilidade social, como a favela Jardim Calux, enfrentando desafios relacionados à mobilidade, à oferta de serviços públicos e às condições de acessibilidade. No cotidiano da unidade, observam-se barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais que podem dificultar o acesso e a permanência das pessoas com deficiência nos serviços ofertados.

Diante desse cenário, torna-se necessária a construção de estratégias que fortaleçam a capacidade da equipe de reconhecer e enfrentar as barreiras à inclusão presentes no cotidiano da unidade. Assim, o presente projeto de intervenção propõe a elaboração e implementação de ações multiprofissionais voltadas à melhoria da acessibilidade e à redução das barreiras presentes na UBS Calux.

JUSTIFICATIVA

A UBS Calux, localizada no município de São Bernardo do Campo/SP, foi inaugurada há pouco mais de um ano e atende uma população heterogênea, composta por moradores de diferentes contextos socioeconômicos. Parte do território adscrito é formada por usuários de classe média, que tendem a utilizar os serviços da unidade com

menor frequência, enquanto outra parcela corresponde a moradores da comunidade Jardim Calux, caracterizada por maior vulnerabilidade social. Em razão de seu recente processo de implantação, a unidade ainda enfrenta desafios relacionados à acessibilidade, à inclusão e à promoção da saúde das PcD.

No que se refere ao acesso físico aos serviços, usuários com deficiência relatam dificuldades relacionadas ao deslocamento até a unidade. A distância entre alguns pontos do território e a UBS pode representar um obstáculo importante, especialmente para PcD física ou visual que dependem de terceiros para sua locomoção. Além disso, usuários apontam limitações relacionadas à disponibilidade do transporte público e às condições de acessibilidade do percurso entre os pontos de parada e a unidade.

Observa-se a presença de obstáculos na calçada de acesso à UBS, como árvores e postes, que podem comprometer a circulação segura e autônoma de pessoas com mobilidade reduzida. Soma-se a isso a utilização inadequada das vagas reservadas às PcD, situação frequentemente relatada pelos usuários e que dificulta ainda mais o acesso aos serviços.

Tais aspectos evidenciam barreiras arquitetônicas e urbanísticas que podem restringir o exercício do direito à saúde e à acessibilidade, assegurados pela Lei Brasileira de Inclusão, lei nº 13.146 (Brasil, 2015) e pelas diretrizes de atenção à saúde da PcD no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2009).

Além das dificuldades relacionadas ao acesso físico, identificam-se barreiras comunicacionais que podem comprometer a utilização dos serviços. O sistema eletrônico de chamada da unidade utiliza

recursos sonoros e visuais para direcionamento dos usuários aos consultórios; entretanto, pessoas com deficiência auditiva, especialmente aquelas com baixa escolaridade ou dificuldades de letramento, podem apresentar dificuldades para compreender as informações exibidas nos painéis, ocasionando atrasos ou perdas de atendimento. Da mesma forma, embora a UBS disponha de piso tátil para orientação de pessoas com deficiência visual, observa-se a ausência de recursos complementares, como mapas táteis e sinalização em braille, que poderiam favorecer maior autonomia na circulação pelos diferentes setores da unidade.

Embora parte dessas barreiras extrapole a governabilidade direta da UBS, sua identificação é fundamental para subsidiar articulações intersetoriais e encaminhamentos aos órgãos responsáveis, contribuindo para a defesa do direito à acessibilidade e à saúde das PcD.

No campo das barreiras atitudinais, identifica-se uma equipe sensibilizada para a importância da inclusão das PcD, porém com limitada participação na elaboração de estratégias voltadas ao enfrentamento das dificuldades observadas. As discussões sobre acessibilidade e inclusão ainda ocupam espaço reduzido nos processos de planejamento e organização do trabalho, predominando a percepção de que as soluções dependem prioritariamente de mudanças estruturais ou decisões da gestão municipal.

Diante desse cenário, torna-se necessária a implementação de estratégias de educação permanente que promovam a reflexão crítica sobre capacitismo, direitos das PcD e acessibilidade nos serviços de saúde. Além disso, faz-se necessária a construção coletiva de propostas de intervenção voltadas ao enfrentamento das barreiras identificadas, utilizando ferramentas de planejamento participativo de

modo a fortalecer o protagonismo da equipe e ampliar sua capacidade de atuação na promoção de um cuidado mais inclusivo, equitativo e alinhado aos princípios do SUS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Elaborar e implementar estratégias multiprofissionais voltadas à identificação, ao enfrentamento e ao monitoramento das barreiras à acessibilidade que comprometem o acesso das PcD aos serviços da UBS Calux.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Identificar as principais barreiras à acessibilidade que dificultam o acesso, a permanência e a participação das pessoas com deficiência nos serviços da UBS Calux;
- * Realizar ações de educação permanente com os profissionais da unidade sobre acessibilidade, inclusão e direitos das PcD;
- * Estruturar um Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência na UBS Calux;
- * Priorizar os problemas identificados e construir coletivamente um plano de ação para seu enfrentamento;
- * Monitorar a implementação das ações propostas e avaliar a percepção dos usuários e da equipe acerca das melhorias relacionadas à acessibilidade e inclusão na unidade.

METAS

Foram estabelecidas metas de curto, médio e longo prazo, alinhadas aos objetivos propostos.

CURTO PRAZO (1-2 MESES)

- * Apresentar o projeto à equipe da UBS e promover discussão sobre a temática da acessibilidade e inclusão das PcD;
- * Realizar pelo menos uma atividade de educação permanente sobre acessibilidade, inclusão e direitos das PcD;
- * Estruturar o Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência com participação multiprofissional;
- * Iniciar o diagnóstico participativo das barreiras de acessibilidade presentes na unidade.

MÉDIO PRAZO (3-4 MESES)

- * Concluir o diagnóstico participativo das barreiras físicas, comunicacionais, atitudinais e organizacionais identificadas na UBS;
- * Priorizar os problemas identificados por meio da Matriz Gravidade, Urgência e Tendência (GUT);
- * Elaborar um plano de ação contendo os problemas priorizados, os responsáveis, os prazos e as estratégias de enfrentamento;
- * Estabelecer articulação com os setores competentes para encaminhamento das demandas que extrapolam a governabilidade da unidade.

LONGO PRAZO (5-6 MESES)

- * Implementar as ações previstas no plano de ação que estejam sob governabilidade da UBS;
- * Realizar reuniões periódicas do Núcleo de Inclusão para acompanhamento e monitoramento das ações;
- * Avaliar a percepção dos usuários sobre acessibilidade e inclusão na UBS;
- * Revisar o plano de ação com base nos resultados obtidos e nas necessidades identificadas durante o processo de monitoramento.

METODOLOGIA

A intervenção será desenvolvida na UBS Calux por meio da estruturação de um Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência. O processo foi organizado em etapas sequenciais, demonstradas a seguir:

ETAPA 1 – ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL E SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE

Inicialmente, o projeto será apresentado à gerência da unidade e aos demais profissionais da UBS, com o objetivo de promover o alinhamento institucional da proposta e sensibilizar a equipe quanto à importância da acessibilidade e da inclusão das PcD nos serviços de saúde. Nessa etapa, será realizada uma atividade de educação permanente abordando temas relacionados ao modelo social da deficiên-

cia, capacitismo, acessibilidade, direitos das PcD e papel da Atenção Primária à Saúde na promoção da inclusão.

ETAPA 2 – ESTRUTURAÇÃO DO NÚCLEO DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



Após a realização da atividade de educação permanente, será promovida uma reunião destinada à estruturação do Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência da UBS Calux. A participação no núcleo será voluntária, recomendando-se a inclusão de representantes dos diferentes setores da unidade, como equipe médica, enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepção, equipe administrativa, saúde bucal, gestão local e demais profissionais interessados na temática. Busca-se, dessa forma, garantir uma composição multiprofissional capaz de contemplar diferentes perspectivas sobre os processos de trabalho e as condições de acessibilidade existentes na unidade. Sempre que possível, o Núcleo contará também com a participação de usuários com deficiência, familiares, cuidadores ou representantes do Conselho Local de Saúde, buscando ampliar a participação social e incorporar as experiências dos usuários na identificação e enfrentamento das barreiras de acessibilidade.

Durante a reunião inaugural serão definidos os objetivos do núcleo, sua composição, a periodicidade dos encontros, os meios de comunicação entre os participantes e as responsabilidades compartilhadas para condução das atividades. Também foram escolhidos, entre os integrantes, um coordenador e um relator, responsáveis respectivamente, pela organização das reuniões e pelo registro dos encaminhamentos definidos pelo grupo. Recomenda-se a realização de reuniões mensais, com duração aproximada de 60 a 90 minutos, registradas por meio de ata simplificada contendo a identificação

dos participantes, os temas discutidos, as decisões tomadas e os encaminhamentos pactuados. O Núcleo de Inclusão terá como atribuições coordenar as ações relacionadas à acessibilidade e inclusão na unidade, promover espaços permanentes de discussão e reflexão sobre as necessidades das PcD, conduzir o diagnóstico participativo das barreiras existentes, acompanhar a execução das intervenções propostas e monitorar os resultados alcançados ao longo do projeto.

ETAPA 3 – DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DAS BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE

O Núcleo de Inclusão realizará um diagnóstico participativo com o objetivo de identificar as principais barreiras à acessibilidade presentes na unidade. O diagnóstico será desenvolvido em três momentos complementares. Inicialmente, os integrantes do Núcleo realizarão uma observação dos ambientes e fluxos de atendimento da UBS, percorrendo os diferentes espaços da unidade com o objetivo de identificar possíveis barreiras físicas, comunicacionais, organizacionais e atitudinais que possam dificultar o acesso, a permanência e a participação das PcD nos serviços de saúde.

Em seguida, será promovida uma discussão com os trabalhadores da unidade, durante reunião previamente agendada, para identificação dos principais desafios relacionados à acessibilidade e inclusão observados em seus processos de trabalho.

Os participantes serão convidados a relatar situações, dificuldades e sugestões de melhoria relacionadas ao atendimento das PcD.

Posteriormente, serão realizadas escutas com usuários com deficiência e/ou seus familiares ou cuidadores durante as atividades da rotina da unidade, buscando compreender as principais dificuldades encontradas no acesso e na utilização dos serviços, bem como as sugestões para o aprimoramento da acessibilidade.

As informações obtidas nas diferentes etapas serão apresentadas e discutidas em reunião do Núcleo de Inclusão, permitindo a consolidação coletiva dos problemas identificados. Os registros serão realizados em instrumento específico (Apêndice A).



ETAPA 4 – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Os problemas identificados durante o diagnóstico participativo serão discutidos em reunião ampliada do Núcleo de Inclusão, utilizando técnicas participativas, como *brainstorming*, para ampliar a compreensão dos fatores envolvidos e das possíveis estratégias de enfrentamento. Posteriormente, será aplicada a Matriz GUT, ferramenta de priorização que permite classificar os problemas conforme seu impacto, necessidade temporal de intervenção e possibilidade de agravamento (Sotille, 2014). Cada problema receberá pontuações atribuídas coletivamente pelos participantes e será organizado em ordem de prioridade. Com base nos problemas priorizados, será elaborado um plano de ação utilizando a ferramenta 5W2H, definindo as ações a serem realizadas, suas justificativas, responsáveis, prazos, formas de execução e recursos (financeiros, materiais, humanos e técnicos) necessários (Brasil, 2010). As informações serão registradas em instrumento específico (Apêndice B).

ETAPA 5 – IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

As ações previstas no plano de ação serão executadas conforme as responsabilidades pactuadas pelo Núcleo de Inclusão. As intervenções que estiverem sob governabilidade da unidade serão implementadas pelos profissionais responsáveis. As demandas que dependam de adequações estruturais, recursos externos ou articulação intersectorial serão encaminhadas aos setores competentes, respeitando os fluxos institucionais vigentes.

ETAPA 6 – MONITORAMENTO DAS AÇÕES

O Núcleo realizará reuniões periódicas para acompanhar a execução das ações, identificar dificuldades, revisar estratégias e monitorar os resultados alcançados. O acompanhamento será realizado por meio de instrumento específico (Apêndice C), contemplando o andamento das ações planejadas, os resultados observados e a necessidade de ajustes ou reprogramações.

ETAPA 7 – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A avaliação da intervenção será realizada de forma contínua por meio do monitoramento das ações e, complementarmente, por meio da escuta periódica dos usuários da unidade. Para essa finalidade, será utilizado o Instrumento de Avaliação da Acessibilidade pelos Usuários (Apêndice D), cuja aplicação ocorrerá ao final do período de intervenção. Após a conclusão do projeto, recomenda-se a sua reaplicação semestral como estratégia de monitoramento contínuo. A avaliação buscará identificar a percepção dos usuários acerca das condições de acessibilidade, de acolhimento, de comunicação e de

inclusão na unidade, subsidiando a revisão do plano de ação e o planejamento de novas estratégias de intervenção.

PARÂMETROS DE ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento será realizado por meio do monitoramento da participação dos profissionais nas atividades propostas, do funcionamento do Núcleo, da execução das ações previstas no plano de ação e da percepção dos usuários acerca das condições de acessibilidade e inclusão na unidade. Para isso, serão utilizados os indicadores apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores de acompanhamento

Indicador	Meta	Fonte de verificação
Participação dos profissionais nas atividades propostas	Representação dos diferentes setores da UBS	Lista de presença
Reuniões do Núcleo de Inclusão realizadas	Pelo menos uma reunião mensal	Ata das reuniões
Ações iniciadas em relação ao total planejado	≥ 80% das ações previstas	Instrumento de monitoramento (Apêndice C)
Ações concluídas em relação ao total planejado	≥ 70% das ações previstas ao final da intervenção	Instrumento de monitoramento (Apêndice C)
Demandas externas encaminhadas aos setores competentes	100% das demandas identificadas fora da governabilidade da UBS	Encaminhamentos
Problemas priorizados contemplados por ações de enfrentamento	Pelo menos uma ação para cada problema priorizado	Plano de ação e monitoramento
Ações de melhoria implementadas em relação ao total previsto no plano	Implementação de pelo menos 70% das ações sob governabilidade da UBS	Relatórios do núcleo
Percepção dos usuários com deficiência sobre a contribuição do núcleo	Avaliação positiva pela maioria dos usuários com deficiência	Instrumento de Avaliação pelos Usuários (Apêndice D)

Fonte: próprios autores (2026).

Além dos indicadores apresentados, o Núcleo poderá definir indicadores específicos para acompanhamento das ações previstas no plano de ação, considerando os problemas priorizados e as características da realidade local. Os resultados obtidos por meio do monitoramento e da avaliação dos usuários subsidiarão a revisão periódica das estratégias adotadas e o planejamento de novas ações.

RESULTADOS ESPERADOS



Espera-se que a implementação deste projeto contribua para a identificação e o enfrentamento das barreiras à acessibilidade presentes na UBS Calux, favorecendo a construção de estratégias voltadas à inclusão das PcD nos serviços de saúde. No âmbito organizacional, espera-se a estruturação e o funcionamento do Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência como espaço permanente de planejamento, monitoramento e discussão das ações relacionadas à acessibilidade na unidade.

Em relação aos profissionais, espera-se ampliar a reflexão sobre acessibilidade, inclusão, direitos das PcD e enfrentamento ao capacitismo, contribuindo para a incorporação dessas temáticas nos processos de trabalho da equipe.

Quanto aos serviços ofertados, espera-se a elaboração e implementação de ações voltadas à redução das barreiras identificadas, bem como o fortalecimento da articulação com outros setores para o encaminhamento das demandas que extrapolam a governabilidade da UBS. Por fim, espera-se que a intervenção contribua para a melhoria das condições de acesso, acolhimento e participação das PcD

na unidade, em consonância com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS.

AÇÕES REALIZADAS

Até o momento, a proposta foi apresentada à gerência da UBS Calux, com o objetivo de discutir sua viabilidade e alinhar as ações previstas para sua execução. A gestão da unidade demonstrou receptividade à iniciativa e reconheceu a relevância da temática. Durante esse encontro, foram discutidas estratégias para operacionalização da proposta, incluindo a utilização de ferramentas de planejamento participativo que subsidiarão a priorização dos problemas identificados e a elaboração do plano de ação. Também foram realizadas discussões preliminares acerca da estruturação do Núcleo, de seu papel no desenvolvimento da intervenção e da importância da participação multiprofissional na identificação e no enfrentamento das barreiras presentes na unidade.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Tabela 1 – Cronograma

Ação/Mês	1	2	3	4	5	6
Apresentação do projeto à gestão (atividade realizada)	x					
Apresentação do projeto à equipe		x				
Educação permanente		x				
Estruturação e consolidação do Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência.		x	x			
Diagnóstico participativo das barreiras de acessibilidade		x	x			
Priorização dos problemas e elaboração do plano de ação				x		
Implementação das ações previstas no plano					x	x
Reuniões de monitoramento do Núcleo de Inclusão		x	x	x	x	x
Avaliação das ações do Núcleo pelos usuários						x

Fonte: próprios autores (2026).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao utilizar ferramentas de planejamento participativo e promover o envolvimento dos profissionais da unidade, a proposta busca fortalecer a capacidade institucional para reconhecer problemas, planejar intervenções e monitorar ações relacionadas à acessibilidade e inclusão. Espera-se que a implementação do projeto contribua para a qualificação dos processos de trabalho, para o fortalecimento da participação dos trabalhadores e dos usuários, bem como para a construção de um ambiente mais acessível, acolhedor e alinhado aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n11/4291-4300/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 816-823, 2010. Disponível em: https://revistas.usp.br/rlae/pt_BR/article/view/4224/5266. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 36 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 18 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jun. 2026.

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde:** conceitos, métodos e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 140 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf. Acesso em: 16 jun. 2026.

SANTOS, M. L. M. *et al.* Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2018258, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/JhFdRjhq3tYQdPvd9KvsVdM/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2026.

SOTILLE, M. A. **A ferramenta GUT:** gravidade, urgência e tendência. [S. l.]: PM Tech, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/transportes/pt-br/centrais-de-conteudo/dicas-pmp-matriz-gut-pdf>. Acesso em: 23 abr. 2026.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DAS BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE

Data: __/__/__

Responsável pelo registro: _____

Objetivo: Identificar barreiras que dificultam o acesso, a permanência e a participação das Pessoas com Deficiência nos serviços da unidade.

Orientações para aplicação: O instrumento deverá ser utilizado durante a observação dos ambientes da unidade, reuniões com trabalhadores e escuta de usuários e familiares, no contexto do diagnóstico participativo das condições de acessibilidade.

Quadro 1 – Registro das barreiras identificadas

Barreira identificada	Tipo de Barreira*	Local	Consequências observadas

Fonte: próprios autores (2026).

*Classificar a barreira como física/arquitetônica, comunicacional, atitudinal ou organizacional.

Observações: _____

APÊNDICE B – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E PLANO DE AÇÃO

Parte A – Matriz GUT

Objetivo: avaliar cada problema identificado com base em três critérios: gravidade, urgência e tendência. A pontuação final será obtida pela multiplicação dos valores atribuídos a cada critério ($G \times U \times T$). Quanto maior o resultado, maior será a prioridade de intervenção.

Critérios de avaliação

Gravidade (G)

Quadro 1 – Impacto da barreira sobre o acesso, permanência ou participação das Pessoas com Deficiência

Pontuação	Critério
1	Sem gravidade (dano mínimo)
2	Pouco grave (dano leve)
3	Grave (dano regular)
4	Muito grave (grande dano)
5	Extremamente grave (dano gravíssimo)

Fonte: próprios autores (2026).

Urgência (U)

Quadro 2 – Necessidade temporal de intervenção

Pontuação	Critério
1	Longuíssimo prazo (dois ou mais meses) – Não há pressa
2	Longo prazo (um mês) – Pode aguardar
3	Prazo médio (uma quinzena) – O mais cedo possível
4	Curto prazo (uma semana) – Com alguma urgência
5	Imediatamente (está ocorrendo) – Ação imediata

Fonte: próprios autores (2026).

Tendência (T)

Quadro 3 – Probabilidade de agravamento do problema

Pontuação	Critério
1	Desaparece ou não vai piorar, podendo até melhorar
2	Reduz-se ligeiramente ou vai piorar em longo prazo
3	Permanece ou vai piorar em médio prazo
4	Aumenta ou vai piorar em pouco tempo
5	Piora muito ou vai piorar rapidamente

Fonte: próprios autores (2026).

Matriz de priorização

Os problemas com as pontuações mais altas são considerados os mais críticos e, portanto, devem ser priorizados na ação.

Quadro 4 – Matriz de priorização

Barreira identificada	Gravidade (G)	Urgência (U)	Tendência (T)	Total (GxUxT)

Fonte: próprios autores (2026).

Problemas priorizados:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Parte B – Plano de ação (5W2H)

Objetivo: Organizar as ações necessárias para o enfrentamento das barreiras prioritizadas.

As seguintes perguntas serão feitas para cada problema:

What (O quê?) – Quais ações devem ser realizadas?

Who (Quem?) – Quem será o responsável por realizar?

Where (Onde?) – Quais serão os locais de execução das ações?

When (Quando?) – Qual será o cronograma de execução das atividades?

Why (Por quê?) – Qual a razão pela qual cada ação será desenvolvida? Qual a contribuição de cada ação para o alcance das metas?

How (Como?) – Quais estratégias serão utilizadas para execução do plano? Quais serão as metodologias utilizadas para a execução de cada ação?

How Much (Quanto?) – Quais são os recursos financeiros, materiais, humanos e técnicos que serão necessários para a execução da ação?

Quadro 5 – Plano de Ação

Problema prioritizado	What? O que?	Why? Por quê?	Who? Quem?	When? Quando?	Where? Onde	How? Como	How Much? Quanto?

Fonte: próprios autores (2026).

Observações: _____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES

Objetivo: Acompanhar a execução das ações previstas no plano de ação, identificando avanços, dificuldades e necessidades de revisão.

Período avaliado: _____

Data: __/__/__

Quadro 1 – Monitoramento das Ações

Ação prevista	Situação*	Resultado observado	Necessita ajuste?	Prazo previsto	Observações

Fonte: próprios autores (2026).

* Não iniciada / Em andamento / Concluída / Suspensa / Reprogramada.

Principais avanços observados:

Principais dificuldades encontradas:

Encaminhamentos para o próximo período:

Revisão do plano de ação necessária?

() Sim

() Não

Se sim, quais alterações são propostas?

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE PELOS USUÁRIOS

Objetivo: Este instrumento será aplicado ao final do período de intervenção para avaliação da percepção dos usuários sobre acessibilidade, acolhimento e inclusão na unidade. Após a conclusão do projeto, recomenda-se sua aplicação semestral como estratégia de monitoramento contínuo.

Data: __/__/__

Respondente: () Pessoa com Deficiência () Familiar/cuidador

() Outro: _____

Tipo de deficiência: _____

1. Você considera que o acesso à UBS atende adequadamente às necessidades das Pessoas com Deficiência?

- () Sim
- () Parcialmente
- () Não

2. As informações e orientações fornecidas pela unidade são acessíveis e fáceis de compreender?

- () Sempre
- () Na maioria das vezes
- () Algumas vezes
- () Nunca

3. Os profissionais demonstram respeito e atenção às necessidades das Pessoas com Deficiência?

- () Sempre
- () Na maioria das vezes
- () Algumas vezes
- () Nunca

4. Você se sente acolhido(a) durante o atendimento?

- () Sim
- () Parcialmente
- () Não

5. Como você avalia atualmente as condições de acessibilidade e inclusão da UBS?

- ☐ Muito boas
- ☐ Boas
- ☐ Regulares
- ☐ Ruins
- ☐ Muito ruins

6. Você identifica alguma barreira que ainda dificulta seu acesso aos serviços da unidade?

- ☐ Sim. Quais? _____
- ☐ Não.

Avaliação geral: de 0 a 10, qual nota você atribui à acessibilidade e inclusão da UBS?

Nota: _____

Sugestões para melhoria:

CAPÍTULO 12

BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO E NO CUIDADO ÀS PESSOAS SURDAS NA ESF MARRUÁS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Joaby Natalino Farias Dantas
Georgia da Silva



INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Marruás está localizada na zona rural do município de Tauá, na região dos Inhamuns, interior do Ceará, caracterizada por clima semiárido, população dispersa e dificuldades de acesso geográfico. A localidade dista aproximadamente 65 km da sede municipal, com deslocamento realizado predominantemente por estradas vicinais, o que dificulta o acesso a serviços de maior complexidade, cenário frequentemente associado a limitações no acesso à saúde em áreas rurais (Costa, *et al.*, 2024).

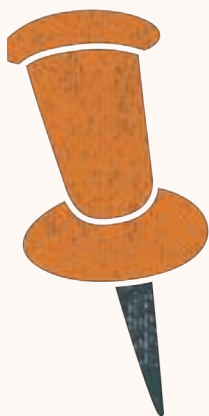
A área adscrita da ESF compreende 1.725 habitantes, distribuídos em 7 microáreas acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A comunidade dispõe de equipamentos sociais básicos, como creche, escola de ensino infantil e médio, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), programa Pró-Cidadania¹, além da unidade de saúde. A população apresenta um perfil socioeconômico predominantemente rural, com atividades ligadas à agricultura, à pecuária e ao trabalho informal, sendo frequente a dependência de benefícios sociais entre as pessoas com deficiência, o que reflete a relação entre a vulnerabilidade social e as condições de saúde (Brasil, 2010)

¹ O Programa PRÓ-CIDADANIA tem como objetivo prevenir atos e ações que venham a causar danos à comunidade, como também situações que possam pôr em risco o patrimônio e os bens públicos, auxiliando as instituições de segurança e/ou defesa social (Lei nº 14.318, 07 abr. 2009).

A deficiência auditiva, quando não adequadamente assistida, pode comprometer o acesso aos serviços de saúde, especialmente pela limitação na comunicação entre usuários e profissionais, impactando negativamente a qualidade do cuidado e a efetividade das ações em saúde (Brasil, 2009).

Observa-se a presença de importantes barreiras comunicacionais tanto na ESF Marruás como relatada pelos pacientes com surdez em relação aos serviços enquanto quanto na socialização na comunidade, agravadas pela ausência de estratégias estruturadas de acessibilidade. Além disso, identifica-se baixo nível de interação social entre as pessoas surdas da comunidade, que não se configuram como grupo organizado. Na prática, a comunicação ocorre predominantemente por meio de familiares ouvintes, que atuam como mediadores, o que pode limitar a autonomia dos usuários e comprometer a confidencialidade e a escuta qualificada, aspectos fundamentais para a integralidade do cuidado na Atenção Primária (Silva *et al.*, 2020).

Embora a Língua Brasileira de Sinais (Libras) seja reconhecida como principal meio de comunicação das pessoas surdas, estudos indicam que práticas comunicacionais são socialmente construídas e podem variar conforme o contexto sociocultural.



Em comunidades rurais, podem emergir sistemas gesto-visuais próprios, integrados às práticas locais, como descrito por Pereira (2013) ao analisar uma comunidade do sertão nordestino, evidenciando a necessidade de reconhecimento das especificidades culturais no cuidado em saúde.

Além disso, a literatura aponta que pessoas com deficiência frequentemente enfrentam barreiras estruturais, comunicacionais e atitudinais nos serviços de saúde, o que contribui para exclusão e dificuldades no acesso ao cuidado, reforçando a necessidade de estratégias inclusivas na Atenção Primária (Costa *et al.*, 2024).

Esse conjunto de fatores evidencia um cenário de vulnerabilidade programática, no qual barreiras geográficas, limitações estruturais e ausência de estratégias comunicacionais se sobrepõem, ampliando as iniquidades no acesso à saúde das pessoas com deficiência auditiva.

Nesse sentido, a proposta de implementação de estratégias de acessibilidade comunicacional para pessoas com deficiência auditiva na ESF Marruás justifica-se como reconhecimento das necessidades específicas da população assistida, com proposição de intervenções contextualizadas, promovendo a equidade no serviço de saúde (Brasil, 2010).



OBJETIVO GERAL

Implementar estratégias de acessibilidade comunicacional no âmbito da atenção prestada pela equipe da ESF Marruás às pessoas com deficiência auditiva, visando à melhoria do acesso, da comunicação e da qualidade do cuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as pessoas com deficiência auditiva adscritas à área da ESF Marruás, caracterizando seu perfil sociodemográfico e condições de saúde;

Investigar as formas de comunicação utilizadas pela população surda local, incluindo o uso de Libras ou sistemas gestuais próprios;

Capacitar a equipe de saúde em estratégias básicas de comunicação com pessoas surdas, incluindo noções introdutórias de Libras e comunicação alternativa;

Desenvolver ferramentas de apoio à comunicação, como materiais visuais, fichas ilustradas e fluxos de atendimento adaptados;

Promover ações educativas voltadas à inclusão e acessibilidade, qualificando profissionais e comunidade sobre os direitos das pessoas com deficiência.

DIAGNÓSTICO

A análise do contexto da unidade de saúde evidencia a presença de barreiras estruturais, comunicacionais e atitudinais que comprometem o acesso e a qualidade do cuidado ofertado às pessoas com deficiência auditiva.

No âmbito estrutural, observa-se a ausência de sinalização acessível e de recursos visuais que auxiliem na orientação e circulação dos usuários no interior da unidade. A inexistência de materiais informativos adaptados, como fluxos ilustrados de atendimento ou instrumentos de apoio à comunicação, limita a autonomia das pessoas surdas e dificulta sua inserção plena nos serviços de saúde.

No campo comunicacional, destacam-se fragilidades importantes, especialmente relacionadas à ausência de profissionais capacitados em Libras e à inexistência de estratégias sistematizadas de comunicação alternativa. Como consequência, os atendimentos frequentemente dependem da mediação de familiares ouvintes, o que pode comprometer a confidencialidade, restringir a expressão das demandas de saúde e fragilizar a construção de uma escuta qualificada e centrada no usuário.

No que se refere às dimensões atitudinais e éticas, embora a equipe demonstre compromisso com o cuidado, ainda são identificadas lacunas na incorporação de práticas inclusivas no cotidiano do trabalho. Persistem elementos de capacitismo estrutural, muitas vezes naturalizados, que se expressam na dificuldade de reconhecimento das especificidades das pessoas com deficiência e na limitação do cuidado à dimensão estritamente biomédica.

Esse cenário aponta para a necessidade de reorganização do processo de trabalho, com incorporação de estratégias que valorizem as tecnologias leves do cuidado (Merhy, 2002), centradas no vínculo, na escuta qualificada e no reconhecimento da singularidade dos sujeitos, contribuindo para a construção de uma atenção mais equânime, integral e inclusiva no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

METAS

CURTO PRAZO (ABRIL - JUNHO 2026)

Identificação das pessoas com deficiência adscritas a ESF;
Oficina de qualificação do cuidado a pessoas com deficiência auditiva na Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉDIO PRAZO (JULHO - SETEMBRO 2026)

Capacitar a equipe da ESF, com foco em:

- * noções básicas de Libras (saudações, sinais de saúde, acolhimento) e da comunicação utilizada pelas pessoas com deficiência assistidas pela ESF Marruás;
- * comunicação não verbal e estratégias visuais;
- * desenvolvimento de materiais: fichas ilustradas de sintomas.



LONGO PRAZO (OUTUBRO 2026 - MARÇO 2027)

Consolidar as práticas inclusivas na rotina da unidade, incorporando o uso dos materiais, das estratégias de comunicação e da abordagem qualificada nos atendimentos, além de manter momentos periódicos de educação permanente;

Avaliação contínua: instrumento simples de satisfação do usuário com emoticons em uma escala de 0 a 10, na qual zero representa “muito insatisfeito” e o dez, “muito satisfeito”, a ser utilizado na sala de espera/recepção e ao final do atendimento da demanda (vacinas, consultas, agendamentos e outros serviços).

Identificação quanto a condição de saúde no prontuário eletrônico do usuário, bem como reavaliação quadrimestral junto aos demais indicadores da APS, visando a análise contextualizada sobre a qualificação do acesso das pessoas com deficiência auditiva.

METODOLOGIA

A proposta será desenvolvida na área adscrita da Estratégia de Saúde da Família Marruás, com abordagem qualitativa, participativa e centrada no território. O projeto foi elaborado considerando os recursos disponíveis na Atenção Primária à Saúde, priorizando tecnologias leves e de baixo custo (Merhy, 2002), com potencial de implementação pela própria equipe, sem necessidade de aporte financeiro externo significativo.

Inicialmente, será realizado um diagnóstico situacional, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde, visando identificar e caracterizar os usuários com deficiência auditiva, incluindo o tipo de surdez, formas de comunicação utilizadas e o grau de interação social entre os indivíduos. Esse diagnóstico será operacionalizado por meio da aplicação de um questionário simples durante as visitas domiciliares (Apêndice A), conduzido pelos ACS, permitindo o levantamento padronizado das informações no território. Nesse momento, os ACS também registrarão o papel dos familiares como mediadores da comunicação nos atendimentos, e posteriormente, a equipe em reunião buscará compreender como essa dinâmica influencia o acesso e a qualidade do cuidado, em consonância com a necessidade de mapeamento da população com deficiência no território para qualificação da assistência.

Na sequência, serão identificadas as principais barreiras comunicacionais presentes no serviço, por meio da observação do fluxo de atendimento e de discussões em equipe, considerando aspectos organizacionais, estruturais e relacionais que dificultam a comunicação entre profissionais e usuários. Com base nesse levantamento, será promovida a capacitação da equipe multiprofissional por meio de uma oficina participativa, estruturada no formato de educação permanente em saúde. A atividade utilizará a estratégia de role play (simulação de situações reais), na qual os profissionais irão encenar atendimentos envolvendo pessoas com deficiência auditiva. Serão utilizadas noções básicas de Libras, sinais gestuais utilizados pelas pessoas com deficiência auditiva assistidas pela ESF, bem como utilização de recursos de comunicação não verbal (ficha visual de sintomas), conforme preconizado para qualificação do cuidado às pessoas com deficiência na Atenção Primária.

Paralelamente, serão desenvolvidas ferramentas de apoio à comunicação, como materiais visuais ilustrados (Apêndice B), fichas

de comunicação rápida e fluxos adaptados de atendimento, com o objetivo de facilitar a interação entre profissionais e usuários surdos.

A produção dessas ferramentas será realizada de forma participativa, envolvendo a equipe multiprofissional durante momentos de educação permanente, a partir das demandas identificadas no diagnóstico situacional. Essas ferramentas serão incorporadas à rotina da unidade e testadas no cotidiano dos atendimentos, permitindo ajustes progressivos conforme as necessidades identificadas. Após sua elaboração, as ferramentas serão validadas na prática durante os atendimentos, com a participação dos usuários e dos ACS, permitindo identificar ajustes necessários quanto à compreensão, aplicabilidade e efetividade.



Esse processo será contínuo, possibilitando a adaptação progressiva dos materiais às especificidades do território e às necessidades dos usuários.

Por fim, será realizado o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, por meio da análise da satisfação dos usuários (Apêndice B); reuniões periódicas da equipe e readequação contínua das estratégias adotadas. Espera-se, com isso, promover maior acessibilidade comunicacional, fortalecer o vínculo entre equipe e usuários e qualificar o cuidado ofertado, em alinhamento com os princípios da equidade e integralidade no Sistema Único de Saúde.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a implementação das estratégias de acessibilidade comunicacional na área da Estratégia de Saúde da Família Marruás, contribua para a melhoria do acesso das pessoas com deficiência

auditiva no serviço de saúde, reduzindo barreiras comunicacionais e qualificando o processo de cuidado. A adoção de ferramentas de apoio à comunicação e a qualificação da equipe tendem a favorecer a compreensão das demandas dos usuários, possibilitando uma escuta mais qualificada e fortalecendo o vínculo com a equipe multiprofissional.

Espera-se, ainda, promover maior autonomia das pessoas surdas nos atendimentos, reduzindo a dependência de familiares como mediadores da comunicação e garantindo maior confidencialidade, sigilo e protagonismo no cuidado à saúde.

Adicionalmente, a qualificação da equipe quanto aos direitos das pessoas com deficiência poderá contribuir para a construção de práticas mais inclusivas e equitativas no território.

Por fim, prevê-se a incorporação sustentável das estratégias desenvolvidas à rotina da unidade, fortalecendo a organização do processo de trabalho e contribuindo para a consolidação dos princípios da equidade e integralidade no SUS, com impacto positivo na qualidade da atenção ofertada às pessoas com deficiência auditiva.

AÇÕES REALIZADAS E A SEREM REALIZADAS

Foram iniciadas discussões com a equipe sobre acessibilidade e levantamento inicial das pessoas com deficiência auditiva, além do convite a alguns membros do conselho de saúde local para dar visibilidade a situação e fazer escuta qualificada de sugestões.

Imagem 1 - Reunião de discussão



Fonte: próprios autores (2026).

Prevê-se a realização de oficinas, construção de materiais e reorganização do fluxo de atendimento, conforme o cronograma.

CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma de Execução

Atividade	Abr/26	Mai/26	Jun/26	Jul/26	Ago/26	Set/26
Diagnóstico	X					
Identificação dos usuários	X					
Qualificação	X	X	X			
Capacitação			X	X		
Materiais			X	X	X	
Implementação				X	X	X

Fonte: próprios autores (2026).



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Tratados e organizações ambientais em matéria de meio ambiente. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente. São Paulo: Secretaria do Meio Ambiente, 1999. v. 1.

COSTA, L. S. *et al.* **Atenção primária à saúde das pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2024.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

PEREIRA, E. L. **“Fazendo cena na cidade dos mudos”**: surdez, práticas sociais e uso da língua em uma localidade no sertão do Piauí. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SILVA, G. L. S. *et al.* Dificuldade de comunicação entre surdos e profissionais de saúde na Atenção Primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 23, supl. 2, 2020.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA PESSOAS COM SURDEZ ESF MARRUÁS/ TAUÁ - CE ACS: _____

Identificação do usuário

Nome: _____

Idade: _____

Microárea: _____

Sobre a audição

4. Você tem dificuldade para ouvir?

☐ Sim ☐ Não

Essa dificuldade é:

☐ Desde o nascimento

☐ Surgiu ao longo da vida

☐ Não sabe informar

Forma de comunicação

6. Como você se comunica melhor?

☐ Fala normalmente

☐ Leitura labial

☐ Gestos próprios

☐ LIBRAS

☐ Escrita

☐ Outro: _____

Você consegue entender o que o profissional de saúde fala?

☐ Sempre

☐ Às vezes

☐ Nunca

Acesso ao serviço de saúde

8. Quando vai ao posto de saúde, você precisa de alguém para ajudar na comunicação?

☐ Sim ☐ Não

Quem ajuda geralmente?

☐ Familiar

☐ Amigo

☐ Outro: _____

Você já deixou de ir ao atendimento por dificuldade de comunicação?

☐ Sim ☐ Não

Percepção do cuidado

11. Você se sente bem atendido na unidade de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Mais ou menos

O que poderia melhorar para facilitar sua comunicação no atendimento?

APÊNDICE B

FICHAS DE COMUNICAÇÃO RÁPIDA – ATENDIMENTO À PESSOA SURDA

1. SAUDAÇÕES E ACOLHIMENTO				2. QUEIXAS / SINTOMAS			3. LOCALIZAÇÃO DA DOR	
OLÁ	BOM DIA	BOA TARDE	BOA NOITE	DOR	FEBRE	TOSSE		
EU	VOCÊ	OBRIGADO(A)	NÃO ENTENDEI	ALTA DE AR	DOR DE CABEÇA	DOR DE GARGANTA		
SIM	NÃO	ESCREVA, POR FAVOR	AGUARDE UM MOMENTO	DOR NO OUVIDO	NÁUSEA	DIARREIA		

4. NECESSIDADES			5. ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES				6. ESCALA DE DOR	
							Aponte o número que mostra sua dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 SEM DOR DOR LEVE DOR MODERADA DOR INTENSA	
BANHEIRO	ÁGUA	SENTAR	TOMAR MEDICAÇÃO	RETORNAR NO DIA...	EXAME	AVISO		
DOCUMENTOS	DENHEIRO	IR PARA CASA	FAZER ALIMENTAÇÃO	BEBER ÁGUA	DESCANSAR	EVITAR SOL		

COMO USAR: Mostre a ficha para o usuário e aponte ou pergunte sobre o que ele precisa. | A comunicação é um direito de todos! SUS+

Essa ficha é uma sugestão inicial que será aprimorada após as próximas atividades. Se adequando a cada profissional, como nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. Imagem gerada por IA.

FICHA DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO



DATA: ____/____/____



UNIDADE: _____



MICROÁREA: _____

1. SOBRE O ATENDIMENTO

1. Você conseguiu entender o que o profissional explicou?



SIM



MAIS OU MENOS



NÃO

2. O profissional conseguiu entender o que você queria dizer?



SIM



MAIS OU MENOS



NÃO

3. Você precisou de alguém para ajudar na comunicação?



SIM



NÃO

Se sim, quem ajudou?



FAMILIAR



AMIGO



OUTRO

2. COMUNICAÇÃO

4. Como foi a comunicação durante o atendimento?



BOA



REGULAR



RUIM

5. O uso de imagens, gestos ou escrita ajudou?



SIM



NÃO



NÃO FOI USADO

3. ACESSO E ACOLHIMENTO

6. Você se sentiu bem acolhido na unidade?



SIM



MAIS OU MENOS



NÃO

7. Você já deixou de vir à unidade por dificuldade de comunicação?



SIM



NÃO

4. AVALIAÇÃO GERAL

8. Como você avalia o atendimento de hoje?



MUITO BOM



BOM



REGULAR



RUIM

5. SUGESTÕES DO USUÁRIO

O que poderia melhorar no atendimento?



Obrigado pela sua participação!



Essa ficha é uma sugestão inicial que será aprimorada após captarmos algumas avaliações. A ficha aqui proposta foi simplificada, com avaliação geral, ao invés de o a 10, como inicialmente proposta. Imagem gerada por Inteligência Artificial (A)

CAPÍTULO 13

BARREIRAS DE ACESSO À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL: DESAFIOS RELACIONADOS À MOBILIDADE E À DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Isabella Carneiro Oliveira Gonçalves Vaz
Pedro Bezerra Xavier





INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral é uma condição neurológica permanente e não progressiva, decorrente de alterações no desenvolvimento cerebral, que compromete principalmente o movimento e a postura, podendo estar associada a déficits cognitivos, alterações da comunicação, epilepsia, dificuldades de aprendizagem e distúrbios sensoriais. Tais condições impactam diretamente a funcionalidade, a autonomia, a independência e a participação social dos indivíduos, exigindo acompanhamento contínuo e articulado nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2013; Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial, 2012).

A paralisia cerebral representa uma das principais causas de deficiência física na infância, com repercussões que podem se estender por todo o curso da vida. Embora a lesão neurológica não seja progressiva, suas manifestações clínicas e funcionais podem variar de acordo com o crescimento, as condições associadas, o acesso à reabilitação, o suporte familiar e a organização dos serviços de saúde. Nesse sentido, o cuidado às pessoas com paralisia cerebral deve considerar não apenas os aspectos motores, mas também as dimensões cognitivas, comunicacionais, sociais e ambientais que interferem na qualidade de vida e na inclusão social (Brasil, 2013; Damiano *et al.*, 2021; Faccioli *et al.*, 2024).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pessoas com paralisia cerebral, especialmente aquelas que utilizam cadeira de rodas e apresentam deficiência intelectual associada, podem enfrentar múltiplas barreiras para acessar os serviços de saúde. Essas barreiras incluem obstáculos arquitetônicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ausência de adaptações estruturais adequadas, dificuldades de transporte, fragilidades na comunicação entre profissionais, usuários e cuidadores, além da baixa capacitação das equipes para o atendimento inclusivo e centrado nas necessidades da pessoa com deficiência (Brasil, 2010, 2013; Reichenberger *et al.*, 2024).

De acordo com Gréaux *et al.* (2023), as pessoas com deficiência vivenciam barreiras de acesso aos serviços de saúde relacionadas tanto à organização dos sistemas quanto a fatores sociais, comunicacionais, financeiros, atitudinais e estruturais. Essas barreiras dificultam o cuidado oportuno, reduzem a continuidade assistencial e ampliam desigualdades em saúde. No Brasil, Reichenberger *et al.* (2024) também apontam que o acesso de pessoas adultas com deficiência à APS ainda é marcado por dificuldades relacionadas à acessibilidade física, disponibilidade de serviços, acolhimento, comunicação e preparo das equipes para lidar com demandas específicas.

No cotidiano dos serviços de saúde, tais barreiras podem comprometer o acesso equitativo e limitar a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a dependência de familiares ou cuidadores, somada à limitação na compreensão de orientações em saúde, pode ampliar a vulnerabilidade desse grupo, especialmente quando os serviços não dispõem de estratégias de comunicação acessível, escuta qualificada e participação ativa do usuário no processo de cuidado (Brasil, 2010; Kuper *et al.*, 2024).

A acessibilidade constitui elemento fundamental para a garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência. Entretanto, apesar

dos avanços das políticas públicas voltadas à inclusão social, à reabilitação e à garantia de direitos, ainda são observadas dificuldades relacionadas à eliminação de barreiras físicas, comunicacionais, organizacionais e atitudinais nos serviços de saúde.



Muitas vezes, os obstáculos encontrados ultrapassam a dimensão estrutural e envolvem práticas institucionais que limitam a participação dos usuários em seu próprio cuidado e reduzem sua autonomia nas decisões terapêuticas (Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial, 2012; World Health Organization, 2022; Kuper *et al.*, 2024).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, responsável pelo acompanhamento longitudinal, pela coordenação do cuidado e pela articulação com os demais pontos da rede. Por sua proximidade com o território, a APS possui potencial para reconhecer precocemente as necessidades das pessoas com deficiência, fortalecer o vínculo com usuários e famílias, orientar cuidadores, acompanhar condições crônicas associadas e encaminhar oportunamente para serviços especializados de reabilitação quando necessário (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Brasil, 2025).

De acordo com Gatta *et al.* (2024), pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe continuam enfrentando desigualdades significativas no acesso aos serviços de saúde, o que reforça a necessidade de sistemas mais inclusivos, responsivos e capazes de reduzir barreiras evitáveis. Nessa perspectiva, a APS deve assumir papel central na construção de práticas assistenciais acessíveis, com ações de

promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado contínuo, reabilitação, apoio às famílias e articulação intersetorial (Gatta *et al.*, 2024; Kuper *et al.*, 2024).

O projeto será desenvolvido em uma UBS vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável pelo acompanhamento longitudinal de usuários do território adscrito. A intervenção tem como público-alvo pessoas com paralisia cerebral associada à deficiência intelectual, seus familiares e cuidadores, além dos profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde.

A proposta surge a partir da identificação de barreiras físicas, comunicacionais, organizacionais e atitudinais que limitam o acesso, a permanência e a qualidade da assistência prestada a esse grupo populacional, comprometendo a efetivação dos princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS.

Além das barreiras arquitetônicas e comunicacionais, destaca-se a necessidade de enfrentamento do capacitismo, entendido como um conjunto de atitudes, de práticas e de crenças que subestimam as capacidades das pessoas com deficiência e restringem a sua participação social. Nos serviços de saúde, o capacitismo pode se manifestar por meio da infantilização dos usuários, da exclusão das decisões relacionadas ao próprio tratamento, da comunicação direcionada exclusivamente aos familiares ou cuidadores e da baixa valorização da autonomia da pessoa com deficiência. Essas práticas podem resultar em um cuidado incompleto, pouco humanizado e incompatível com os princípios da inclusão, da equidade e dos direitos humanos (World Health Organization, 2022; Brasil, 2023a, 2023b; Kuper *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, torna-se necessário desenvolver intervenções que promovam não apenas adaptações estruturais, mas também mudanças nos processos de trabalho e na cultura institucional das equipes de saúde. A qualificação dos profissionais para o atendimento inclusivo, a adoção de estratégias de comunicação acessível, o fortalecimento do acolhimento, a escuta das famílias e cuidadores e a participação das pessoas com deficiência no planejamento do próprio cuidado constituem medidas essenciais para a construção de uma APS mais equânime, resolutiva e centrada nas necessidades dos usuários (Gréaux *et al.*, 2023; Reichenberger *et al.*, 2024; Kuper *et al.*, 2024).

Assim, este projeto busca contribuir para a identificação dos principais desafios enfrentados por pessoas com paralisia cerebral associada à deficiência intelectual no acesso à Unidade Básica de Saúde, bem como propor estratégias de intervenção voltadas à promoção da acessibilidade, da inclusão e da humanização do cuidado. Espera-se que as ações desenvolvidas possam fortalecer a garantia dos direitos das pessoas com deficiência, qualificar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e servir como referência para outras unidades de saúde comprometidas com práticas assistenciais mais inclusivas, acessíveis e centradas nas necessidades dos usuários (Brasil, 2023a, 2023b, 2025; World Health Organization, 2022).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL



Promover a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento às pessoas com paralisia cerebral cadeirantes e com deficiência intelectual na Unidade Básica de Saúde, por meio da identificação e intervenção sobre barreiras físicas, comunicacionais e organizacionais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Identificar as principais barreiras arquitetônicas e estruturais que dificultam o acesso de cadeirantes à Unidade Básica de Saúde;
- * Avaliar as dificuldades de comunicação e compreensão enfrentadas por pessoas com deficiência intelectual durante o atendimento em saúde;
- * Capacitar a equipe multiprofissional da APS para o atendimento inclusivo, com foco nas necessidades específicas de pessoas com paralisia cerebral;
- * Implementar estratégias de acessibilidade comunicacional, como uso de linguagem simplificada e recursos visuais no atendimento;
- * Propor adequações estruturais e organizacionais que favoreçam o acolhimento e a inclusão desses usuários no serviço de saúde.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A paralisia cerebral é uma condição neurológica não progressiva que compromete o movimento, a postura e, frequentemente, associa-se a déficits cognitivos que impactam diretamente a autonomia dos indivíduos. No contexto da APS, pessoas com paralisia cerebral, especialmente aquelas cadeirantes e com deficiência intelectual associada, enfrentam inúmeras barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde e comprometem a efetivação dos princípios da equidade e integralidade do SUS.

Entre essas dificuldades destacam-se obstáculos arquitetônicos nas UBS a ausência de adaptações estruturais adequadas, limitações na comunicação entre profissionais e usuários e despreparo das equipes para um atendimento verdadeiramente inclusivo e humanizado.



Além disso, a dependência de cuidadores e as limitações na compreensão das orientações em saúde aumentam a vulnerabilidade desse grupo, tornando fundamental a implementação de estratégias que promovam acessibilidade física, comunicacional e atitudinal no ambiente da APS.

Durante a análise da realidade da UBS, foram identificadas diversas barreiras que dificultam o acesso e a permanência segura das pessoas com deficiência no serviço. Entre os principais problemas observados estão portas estreitas nos consultórios, incompatíveis com a passagem de cadeiras de rodas motorizadas, limitando o acesso pleno aos atendimentos e exigindo improvisações inadequadas. Também foi observada a ausência de espaço suficiente para manobra de cadeiras de rodas dentro dos consultórios, dificultando giros e transferências seguras. Outro problema importante refere-se ao mobiliário inadequado, como macas fixas e balanças convencionais não adaptadas para cadeirantes, impossibilitando avaliações clínicas e antropométricas de maneira acessível e digna. Além disso, foram identificadas falhas na sinalização da unidade, com ausência de identificação visual e tátil acessível, bem como desgaste ou inexistência de piso tátil, comprometendo a orientação e segurança dos usuários durante a circulação na UBS.

No campo comunicacional, também foram percebidas barreiras importantes que comprometem a qualidade do cuidado ofertado às pessoas com deficiência intelectual. Em muitos atendimentos, as

orientações fornecidas pelos profissionais utilizam linguagem excessivamente técnica e pouco acessível, dificultando a compreensão das informações relacionadas ao tratamento e ao autocuidado.

Observa-se ainda que frequentemente a comunicação é direcionada exclusivamente aos cuidadores ou acompanhantes, excluindo o próprio usuário do processo terapêutico e reduzindo seu protagonismo no cuidado. A ausência de estratégias de acessibilidade comunicacional, como uso de linguagem simples, recursos visuais e técnicas de confirmação de entendimento, como o Teach-Back, contribui para baixa adesão terapêutica e aumento da vulnerabilidade desses usuários dentro do sistema de saúde.

Além das barreiras físicas e comunicacionais, foram identificadas questões atitudinais relacionadas ao capacitismo estrutural presente no cotidiano dos serviços de saúde. Em diversas situações, percebe-se que pessoas com deficiência são tratadas como incapazes de compreender informações ou participar das decisões relacionadas à própria saúde.

Muitas vezes, profissionais direcionam toda a comunicação apenas aos acompanhantes, infantilizam usuários adultos ou negligenciam necessidades importantes relacionadas à prevenção e promoção da saúde.

Também se observa o risco do chamado eclipse diagnóstico, situação em que sintomas físicos e comportamentais são erroneamente atribuídos à deficiência, atrasando a investigação de possíveis condições clínicas agudas. Essas atitudes comprometem a autonomia, a dignidade e o direito ao cuidado integral das pessoas com deficiência.

Diante desse cenário, torna-se essencial promover mudanças estruturais, organizacionais e culturais na UBS. O presente projeto

tem como objetivo geral promover a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento às pessoas com paralisia cerebral cadeirantes e com deficiência intelectual na Unidade Básica de Saúde, por meio da identificação e intervenção sobre barreiras físicas, comunicacionais e organizacionais. Entre os objetivos específicos destacam-se identificar as principais barreiras arquitetônicas da unidade, avaliar dificuldades de comunicação enfrentadas pelos usuários, capacitar a equipe multiprofissional para o atendimento inclusivo, implementar estratégias de acessibilidade comunicacional e propor adequações estruturais e organizacionais que favoreçam o acolhimento e a inclusão dessas pessoas no serviço de saúde.

Para alcançar esses objetivos, torna-se fundamental investir em educação permanente da equipe multiprofissional, promovendo discussões sobre acessibilidade, direitos das pessoas com deficiência, comunicação inclusiva e enfrentamento do capacitismo. Estratégias como uso de linguagem simples, fortalecimento da comunicação centrada no usuário, incentivo à autonomia e respeito ao protagonismo das pessoas com deficiência devem ser incorporadas ao cotidiano da UBS. Além disso, adaptações estruturais devem ser priorizadas para garantir acessibilidade física adequada, segurança e independência durante o acesso aos serviços.

Dessa forma, espera-se que as intervenções propostas contribuam para transformar a UBS em um espaço mais acessível, acolhedor e inclusivo, garantindo às pessoas com paralisia cerebral e deficiência intelectual um cuidado integral, humanizado e baseado no respeito à dignidade, autonomia e direitos humanos.



METAS DO PROJETO



As metas foram organizadas em curto, médio e longo prazo, visando promover mudanças graduais e sustentáveis na organização do serviço e na qualidade do cuidado ofertado.

Nos primeiros três meses, será realizada a identificação e o mapeamento das principais barreiras arquitetônicas e comunicacionais existentes na UBS, visando compreender as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde. Paralelamente, serão promovidas ações de sensibilização junto à equipe multiprofissional, abordando temas relacionados à acessibilidade, inclusão, equidade e enfrentamento do capacitismo, de forma a estimular práticas mais acolhedoras e humanizadas.

Também serão implementadas estratégias básicas de comunicação acessível durante os atendimentos, priorizando o uso de linguagem simples, clara e objetiva, facilitando a compreensão das informações pelos usuários e fortalecendo o vínculo entre profissionais e comunidade.

Entre o terceiro e o sexto mês, serão ofertadas capacitações específicas para os profissionais da UBS sobre atendimento inclusivo, comunicação acessível e cuidados voltados às necessidades das pessoas com deficiência. Além disso, serão elaborados e disponibilizados materiais educativos adaptados, utilizando recursos visuais, linguagem simplificada e formatos acessíveis para ampliar o acesso à informação em saúde. Nesse período, também serão instituídos momentos periódicos de discussão de casos complexos entre os membros da equipe multiprofissional, favorecendo a construção compartilhada de projetos terapêuticos e a integralidade do cuidado.

No período de seis a doze meses, pretende-se propor e viabilizar adequações estruturais na UBS que contribuam para a melhoria

da acessibilidade física, promovendo maior autonomia e segurança para os usuários. Será fortalecido o trabalho intersetorial por meio da articulação com os setores de assistência social, educação e serviços de reabilitação, ampliando a rede de apoio e cuidado às pessoas com deficiência. Como resultado esperado, busca-se consolidar práticas inclusivas permanentes no processo de trabalho da equipe, incorporando a acessibilidade e a inclusão como princípios fundamentais da atenção à saúde, garantindo atendimento mais equânime, humanizado e resolutivo para toda a população.

METODOLOGIA

Para alcançar as metas propostas, inicialmente será realizado um diagnóstico situacional da UBS, identificando barreiras físicas, comunicacionais e organizacionais presentes no serviço. Essa etapa envolverá observação direta da estrutura física da unidade e discussão com profissionais e usuários sobre dificuldades encontradas no acesso ao cuidado.

Serão promovidas rodas de conversa e atividades de educação permanente com a equipe multiprofissional, abordando temas como acessibilidade, comunicação inclusiva, linguagem simples, autonomia das pessoas com deficiência e enfrentamento do capacitismo. Também serão desenvolvidos materiais educativos acessíveis para apoio às orientações em saúde.

Além disso, pretende-se estimular reuniões periódicas de equipe para discussão compartilhada de casos complexos e fortalecimento da prática interprofissional. Será incentivada ainda a articulação com outros setores do território, especialmente assistência social e serviços especializados de reabilitação, buscando ampliar a rede de cuidado e suporte aos usuários.

Caso ainda não tenham sido realizadas intervenções práticas, serão propostas estratégias para implementação gradual das ações, conforme disponibilidade da equipe e apoio da gestão local.

IMPACTOS ESPERADOS

Espera-se que as ações propostas contribuam para melhoria do acesso das pessoas com deficiência à UBS, promovendo maior autonomia, segurança e inclusão durante o atendimento. Também se espera fortalecimento da comunicação entre profissionais e usuários, redução de práticas capacitistas e ampliação da capacidade da equipe em oferecer cuidado integral e humanizado.

Na comunidade, espera-se maior fortalecimento do vínculo entre usuários com deficiência e os serviços de saúde, favorecendo participação social e ampliação do acesso aos direitos em saúde. Para a equipe, espera-se fortalecimento das práticas colaborativas e maior sensibilização sobre inclusão e acessibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da acessibilidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde representa um importante desafio para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Pessoas com paralisia cerebral associada à deficiência intelectual frequentemente enfrentam barreiras que comprometem o acesso aos serviços, a qualidade da assistência e o exercício pleno de seus direitos.

Nesse contexto, a implementação de estratégias voltadas à acessibilidade física, comunicacional e atitudinal mostra-se fundamental

para a construção de um cuidado mais inclusivo, humanizado e resolutivo.

Espera-se que as ações propostas contribuam para o fortalecimento da capacidade da equipe multiprofissional em atender às necessidades específicas dessa população, promovendo maior autonomia, participação social e equidade em saúde. Além disso, o projeto poderá servir como modelo para outras unidades de saúde interessadas em qualificar suas práticas de cuidado e avançar na consolidação de uma Atenção Primária verdadeiramente inclusiva.

CRONOGRAMA

Quadro 1 – Cronograma

Etapas	Período
Diagnóstico das barreiras da UBS	1º mês
Sensibilização e rodas de conversa com equipe	1º ao 2º mês
Capacitação sobre acessibilidade e comunicação inclusiva	3º ao 4º mês
Desenvolvimento de materiais acessíveis	4º ao 5º mês
Implantação de reuniões periódicas de discussão de casos	5º ao 6º mês
Articulação intersetorial e propostas de adequação estrutural	6º ao 12º mês
Avaliação das ações implementadas	12º mês

Fonte: próprios autores (2026).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 13 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_paralisia_cerebral.pdf. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-2-de-28-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 12 maio. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/rcpd>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Novo Viver sem Limite: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/PlanoNacionaldosDireitosdaPessoaComDeficinciaNovoViverSemLimite.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência — Novo Viver sem Limite. Brasília, DF: Presidência da República, 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/Decreto/D11793.htm. Acesso em: 22 abr. 2026.

DAMIANO, D. L. *et al.* Systematic review of clinical guidelines related to care of individuals with cerebral palsy as part of the World Health Organization efforts to develop a global package of interventions for rehabilitation. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**,

Philadelphia, v. 102, n. 9, p. 1764-1774, 2021. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.11.015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33453191/>. Acesso em: 22 abr. 2026.

FACCIOLI, S. *et al.* Care pathways in rehabilitation for children and adolescents with cerebral palsy: from evidence to clinical practice. **Children**, Basel, v. 11, n. 7, art. 852, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/7/852>. Acesso em: 15 jun. 2026.

GATTA, D. R. *et al.* Access to general health care among people with disabilities in Latin America and the Caribbean: a systematic review of quantitative research. **The Lancet Regional Health – Americas**, [S. l.], v. 32, 100701, 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100701. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100701>. Acesso em: 22 abr. 2026.

GRÉAUX, M. *et al.* Health equity for persons with disabilities: a global scoping review on barriers and interventions in healthcare services. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 22, n. 1, art. 236, 2023. DOI: 10.1186/s12939-023-02035-w. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02035-w>. Acesso em: 15 maio 2026.

KUPER, Hannah *et al.* Building disability-inclusive health systems. **The Lancet Public Health**, London, v. 9, n. 5, p. e316-e325, 2024. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00042-2. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00042-2). Acesso em: 22 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BANCO MUNDIAL. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 15 maio 2026.

REICHENBERGER, V. *et al.* Access to primary healthcare services among adults with disabilities in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, art. 45, p. 1-13, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005842. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005842>. Acesso em: 22 abr. 2026.

REICHENBERGER, V. *et al.* Access to primary healthcare services for adults with disabilities in Latin America and the Caribbean: a review and meta-synthesis of qualitative studies. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 46, n. 25, p. 6011-6020, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38433528/>. Acesso em: 15 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-report-on-health-equity-for-persons-with-disabilities>. Acesso em: 15 maio 2026.

CAPÍTULO 14

RECEITA MÉDICA ADAPTADA (AMPLIADA E ILUSTRADA) PARA IDOSOS COM BAIXA VISÃO

Rosa Tarcila Estacio Surco
Gidyenne Christine B. Silva de Medeiros



INTRODUÇÃO

O déficit visual em idosos é pouco detectado e é uma queixa pouco referida nos atendimentos realizados na população idosa (Luiz; Rebelatto *et al.*, 2009; Jessa; Evans *et al.*, 2007; Romani, 2005). A maior parte desse grupo não relata problemas na visão nos estágios iniciais de visão subnormal (Instituto Paranaense de Cegos, [202-?]).

Associadas às mudanças fisiológicas que ocorrem na visão devido ao envelhecimento, doenças oculares crônicas corroboram o declínio da habilidade visual do idoso (Luiz; Rebelatto *et al.*, 2009). O déficit visual leva à diminuição em sua qualidade de vida e à perda de autonomia, por isso, é fundamental detectar a condição visual dessa população (Torres; Urbano; Teixeira, 2012), através da atenção primária, que é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população idosa é um dos principais grupos atendidos pela Atenção Primária à Saúde. A correta compreensão da prescrição terapêutica é uma ferramenta fundamental para melhorar a adesão medicamentosa, porém pode-se tornar limitada devido à dificuldade de leitura, à baixa cognição, à vulnerabilidade social e às limitações de ordens sensoriais (Fernandez; Villa; Fraga, 2023). O paciente idoso deve ser interrogado sobre o desempenho de atividades como ler, assistir à TV, dirigir, entre outras. Um instrumento importante para

avaliar a perda de funcionalidade é a tabela de Snellen (visão para longe) e o cartão de Jaeger (visão para perto). A adaptação da receita médica (ampliada e ilustrada) pode ajudar a superar o déficit de entendimento nos pacientes idosos.

OBJETIVO GERAL

Desenvolver um modelo de receita adaptada (ampliada e ilustrada) para usuários idosos com baixa visão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários idosos na compreensão das receitas padronizadas atuais;
- * Desenvolver um modelo de receita focada em ferramentas visuais e simplificadas;
- * Implementar o novo modelo de receita nos atendimentos aos usuários idosos com deficiência visual;
- * Avaliar a aceitação da implementação da nova receita na Unidade de Saúde para pacientes idosos com baixa visão.

DIAGNÓSTICO

A estrutura da Unidade de Saúde onde trabalho apresenta algumas barreiras que dificultam o acesso à livre circulação da pessoa com deficiência (PcD). Essas barreiras físicas e instrumentais incluem a ausência de vaso sanitário elevado, piso antiderrapante, pia com altura regulada e barras de apoio, espaços adequados para manobra de

cadeira de rodas, corrimão e barras de apoio nos corredores que possam garantir a segurança e a estabilidade de pessoas com mobilidade reduzida, além da falta de sinalização visual e tátil com placas adaptadas para orientação de pessoas com deficiência visual e auditiva, entre outros recursos essenciais que permitem o acesso a todos.

Além disso, há também obstáculos na comunicação (barreiras comunicacionais) que limitam e dificultam a transmissão e a recepção de informações e orientações para pessoas com deficiência visual, auditiva e intelectual, como a falta de treinamento da equipe para atendimento a pessoas surdas, falta de intérpretes, ausência de materiais audiovisuais, uso de linguagem complexa e receitas tradicionais não adaptadas à realidade do paciente (analfabetismo, deficiência visual, entre outros), que impedem a transferência de orientações corretas aos usuários, além da continuidade de tratamentos, comprometendo a segurança e a qualidade da abordagem realizada e, conseqüentemente, impactando na autonomia do paciente.

A acessibilidade comunicacional é fundamental na atenção primária para garantir a segurança do usuário. A deficiência visual em idosos é comum, o processo natural do envelhecimento associa-se a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina (Brasil, 2007). O médico da atenção primária deve avaliar essa função como parte da avaliação multidimensional da pessoa idosa.

A compreensão da prescrição nos usuários idosos, população frequentemente sujeita à polifarmácia, torna-se desafiadora em receitas padronizadas não adaptadas. Existem alguns trabalhos e expe-

riências de cuidado integrado que exaltam e recomendam o uso de receitas ilustradas com imagens/símbolos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Conselho Federal de Farmácia, 2026; Andino *et al.*, 2024) porém, ainda não são amplamente utilizadas, e os formatos de prescrição médica adaptada não têm sido implementados no Prontuário Eletrônico do Cidadão. No entanto, trabalhos anteriores focam no uso de pictogramas, o presente projeto também exalta o uso da receita médica ampliada, baseada na tabela de Jaeger (escala para visão de perto) e no uso de padrões recomendados, como tamanho da fonte entre 14 e 16 pontos, formatação de texto em negrito e contraste preto sobre branco fosco, que facilitam a leitura.



Onde atuo, há o acompanhamento de mais de 300 pessoas idosas. Na prática clínica, a falha em verificar se o usuário consegue ler e compreender a prescrição é uma das principais causas de erros na medicação.

O capacitismo, forma de discriminação e preconceito contra as pessoas com deficiência, é outra barreira manifestada na unidade, e já presenciamos, em algumas oportunidades, esse tipo de atitude, prejudicando a inclusão e a igualdade, desumanizando os atendimentos e prejudicando o protagonismo no processo de cuidados às pessoas com deficiência.

É necessário realizar rodas de conversa, capacitação e sensibilização acerca desse tema nas reuniões de equipe na UBS.

Para mitigar esses problemas e melhorar a inclusão, a equipe foca no atendimento humanizado, empático, com escuta ativa, elaborando planos conjuntos com decisão compartilhada, linguagem acessível e comunicação adaptada, personalizando cada atendimento para atender às necessidades particulares.

A falta de produção de conteúdos sobre os processos de saúde e doença nas pessoas com deficiência mostra o capacitismo institucional na saúde, e a realização e interesse no Curso Básico sobre Acesso de Pessoas com Deficiência (APS) é uma forma de combater o capacitismo, eliminando preconceitos. Respeitar o protagonismo dessas pessoas é outro fator fundamental nos atendimentos, evitando o uso de diminutivos, e permitindo que elas participem das decisões sobre sua saúde, além do familiar ou cuidador.

Existem diversos elementos para garantir e melhorar a acessibilidade comunicacional, utilizando uma linguagem simples e fácil, assim como elementos de imagens, fonte ampliada e bom contraste, que ajudam a melhorar a compreensão nas receitas adaptadas para as pessoas com deficiência. Há textos, impressos ou digitais, que têm letras maiores e cores de fundo contrastantes para facilitar a leitura (Brasil, 2024).

METAS

Muitos dos nossos pacientes com idade avançada têm dificuldade em compreender as orientações da prescrição médica emitidas com receitas padronizadas, o que constitui uma barreira silenciosa. Isso acontece devido a problemas de deficiência visual ou letramento limitado. Assim, o desenho de uma receita adaptada (ampliada e ilustrada) com símbolos para identificar horários e quantidades adequadas dos medicamentos permitirá reduzir iniquidades.

O projeto procura, a curto prazo, identificar os pacientes idosos, na área de abrangência da unidade, que necessitam de ajudas visuais na prescrição médica ou têm dificuldade na compreensão das receitas padronizadas atuais, e busca implementar e personalizar o modelo de receita médica adaptada na unidade de saúde para tais pacientes; enquanto que a meta, a médio prazo, será avaliar a aceita-

ção da implementação do modelo adaptado com uso de pictogramas, em mais de 80% das consultas realizadas na população-alvo. Outra meta de médio prazo será a elaboração de um trabalho conjunto com a Unidade de Farmácia para o desenvolvimento de outras ferramentas visuais, auditivas e fluxos de fornecimento de medicamentos adaptados à realidade e limitações dos usuários-alvo.



Por último, o projeto de intervenção busca, a longo prazo, transformar realidades e promover a inclusão de idosos com baixa visão, procurando atingir uma meta superior a 80%.

Com tudo isso, procura-se melhorar a autonomia dos pacientes e garantir a acessibilidade à receita adaptada em mais de 80% de pacientes idosos com problemas visuais no município de Porto Amazonas. Ademais, busca-se tornar a unidade referência para outras UBS do município na aplicação da receita médica ampliada e ilustrada.



QUADRO RESUMO

Quadro 1 – Definição de Metas

DEFINIÇÃO DE METAS		
CURTO PRAZO	MÉDIO PRAZO	LONGO PRAZO
Identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários idosos na compreensão das receitas padronizadas atuais; Identificar os pacientes na área de abrangência de nossa unidade, que necessitam de ajudas visuais; Desenvolver um modelo de receita focada em ferramentas visuais e simplificadas; Implementar o novo modelo de receita em 100% dos atendimentos de usuários idosos com deficiência visual e / ou dificuldades de compreensão na prescrição médica.	Avaliar a aceitação da implementação da nova receita adaptada na unidade de saúde em mais de 80% dos atendimentos realizados em pacientes idosos com baixa visão. Elaborar e implementar com a unidade de farmácia, novas ferramentas visuais como pictogramas, caixas organizadoras ou tecnologias assistivas de voz de medicamentos nos usuários-alvo.	Promover a inclusão das pessoas idosas com deficiência visual e atingir uma meta superior a 80%; Tornar a unidade referência para outras UBS do município na aplicação da receita ampliada e ilustrada; Transformar a Unidade Básica de Saúde (UBS) em um espaço acolhedor e inclusivo. Acessibilidade à receita adaptada em mais de 80% de pacientes idosos com problemas visuais no município.

Fonte: próprias autoras (2026).

METODOLOGIA

Esse projeto de intervenção prevê a implementação de uma receita médica adaptada (ampliada e ilustrada) na Unidade de Saúde, para usuários idosos (60 anos ou mais) com baixa visão ou dificuldade de compreensão.

Local de Intervenção: O projeto será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Leonaldo Gomes da Costa, localizada no bairro de Vila Reis, município de Porto Amazonas, interior do estado do Paraná. Essa cidade fica a 72 km de Curitiba, a 63 km de Ponta Grossa, e possui uma população estimada de 4098 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Porto Amazonas conta com 2 Unidades Básicas de Saúde, 1 Pronto Atendimento municipal, 1 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), 1 Academia de Saúde, 1 unidade de Vigilância Sanitária, 1 Unidade de Atenção Primária (Clínica e Centro de Especialidades), além da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A UBS Leonaldo Gomes da Costa foi cadastrada como unidade independente no ano de 2022. Anteriormente estava vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Centro. Atualmente, esta unidade de saúde atende cerca de 2.000 moradores. A respectiva unidade possui mais de 300 usuários idosos cadastrados, muitos com problemas de deficiência visual ou dificuldade na compreensão, que comparecem sem acompanhante nas consultas. A presbiopia, a catarata e a degeneração macular relacionada à idade são importantes causas de dificuldade visual nos idosos (Romani, 2005).

A Unidade de Saúde faz uso do PEC do sistema e-SUS para registro dos atendimentos realizados, em que a prescrição médica é gerada automaticamente como uma receita padronizada para todos os pacientes e é impressa em folhas de diversas cores (rosa, verde, branca) na respectiva unidade.

Usuários de Intervenção:

População alvo: usuários idosos com baixa visão.

Critérios de inclusão:

Usuário idosos (60 anos ou mais) cadastrados e acompanhados pela equipe ESF da UBS Leonaldo Gomes da Costa;

Usuários idosos com baixa visão ou dificuldade na compreensão da prescrição médica.

Critérios de Exclusão:

Usuários idosos cadastrados pela ESF em outras unidades de saúde; Usuários idosos sem problemas de baixa visão.

Período de Intervenção:

O projeto será realizado no período de março/2026 a dezembro/2026.

Coleta, Sistematização e Análise de Dados: Serão utilizados dados e informações dos sistemas Radar Saúde e e-SUS (usuários idosos cadastrados) para o planejamento e desenvolvimento da intervenção. Durante a avaliação, serão coletados dados como dados pessoais, presença de comorbidades gerais e oculares, teste de Jaeger (com óculos de correção), dificuldade para leitura ou compreensão da prescrição médica e a aceitação da implementação da nova receita adaptada (ampliada e ilustrada). Os dados obtidos a partir dos usuários avaliados serão inseridos em uma base de dados, utilizando uma planilha, e registrados no PEC. A análise estatística será descritiva.

Descrição da Intervenção: o projeto será executado em 3 fases: capacitação, execução e monitoramento, conforme o esquema a seguir.

Quadro 2 – Etapas de execução

Etapas	Ações	Metas	Responsáveis	Prazo
ETAPA 1: CAPACITAÇÃO	Desenvolver um modelo de receita focada em ferramentas visuais e simplificadas; Reunião da equipe: Capacitação para aplicação da receita médica (ampliada e ilustrada) – Modelo; Teste de Jaeger – Acuidade visual de perto; Os encontros de capacitação ocorrerão de forma mensal.	Capacitar os profissionais da ESF para aplicar Teste de Jaeger; Conhecer as vantagens e finalidade da receita adaptada (ampliada e ilustrada).	Equipe de Saúde da Família (farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médicos).	Entre março e junho de 2026.
ETAPA 2: EXECUÇÃO	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários idosos na compreensão das receitas padronizadas atuais; Implementar o novo modelo de receita nos atendimentos de usuários idosos com deficiência visual – emissão de prescrição médica no formato (impressão em preto sobre branco, fonte Arial, tamanho aumentado (14 a 16), alto contraste e pictogramas ilustrativos)	Aplicar o novo modelo de receita médica nos atendimentos de usuários idosos com deficiência visual – Impressão em formato adaptado.	Médico.	Entre julho e novembro de 2026
ETAPA 3: MONITORAMENTO	Monitorização de usuários idosos com baixa visão na compreensão e aceitação do modelo de receita adaptada.	Avaliar a aceitação da implementação da nova receita na unidade de saúde para pacientes idosos com baixa visão; Consultas de retorno, visitas domiciliares Avaliar adesão medicamentosa, os erros medicamentosos, a autonomia e o autocuidado.	Equipe de Saúde da Família (farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médicos).	Dezembro de 2026

Fonte: próprias autoras (2026).

IMPACTOS ESPERADOS

A aplicação dessa adaptação de receita nos pacientes idosos com deficiência visual permitirá melhorar a qualidade dos atendimentos realizados na UBS, focando em manter a autonomia e a independência dos usuários, para que gerenciem seu próprio tratamento, melhorando a segurança, a confiabilidade e a satisfação do paciente. A redução de erros de medicação permitirá diminuir os retornos desnecessários à unidade devido a intercorrências medicamentosas, com aumento da resolutividade nas unidades de saúde do município.

O aumento da adesão ao tratamento permitirá melhorar o controle de doenças crônicas e fortalecerá a confiança e o vínculo usuário–médico. Reforçaremos o trabalho em equipe, trabalhando com os agentes comunitários de saúde, pessoal de enfermagem e farmacêuticos, os quais confirmarão também a compreensão do tratamento durante as visitas domiciliares e atendimentos realizados. Todas as mudanças procuram reduzir as desigualdades e o capacitismo, promovendo a autonomia e a inclusão para pessoas com deficiência visual e dificuldades de compreensão textual, como analfabetos, idosos ou pessoas com deficiência intelectual, procurando superar barreiras.

Outro impacto esperado na Unidade de Saúde é a melhoria na comunicação interprofissional, o que facilitará o trabalho da equipe com o pessoal de enfermagem, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde nas orientações do uso da medicação na comunidade.

Quadro 3 – Impactos esperados

QUADRO RESUMO - IMPACTOS ESPERADOS	
Na Unidade de Saúde	Fortalecimento da relação e vínculo médico-paciente; Melhoria na comunicação paciente–equipe de estratégia de saúde da família. Fortalecimento da relação interprofissional, o que facilitará o trabalho da equipe e a integração do cuidado ao utilizar a receita como ponte de comunicação clara entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde.
Na Comunidade	Melhor satisfação dos usuários do SUS; Maior autocuidado dos usuários; Melhora na inclusão social de pessoas com deficiência, reduzindo iniquidades. Redução do capacitismo.
Na atenção às pessoas com deficiência	Aumento da adesão ao tratamento e das taxas de sucesso terapêutico; Redução de erros medicamentosos; Maior autonomia e segurança nas pessoas idosas com deficiência visual ou dificuldade na compreensão das receitas padronizada; Compreensão básica da posologia; Melhora na humanização, acessibilidade e resolutividade nos atendimentos.

CRONOGRAMA

Quadro 4 - Cronograma de execução

Atividade	ANO 2026									
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Elaboração do projeto										
Realização de treinamento e reunião de equipe										
Execução										
Monitoramento e avaliação de metas e análise de resultados										

Fonte: próprias autoras (2026).

REFERÊNCIAS

- ANDINO, D. F. *et al.* **Receita ilustrada inclusiva**: relato de experiência de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) X ■ Vila Nova Maria Inês Faccin. Brasília: Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://brasil.fiocruz.br/nosnarede/wp-content/uploads/sites/10/2025/03/NSNAREDE-RECEITAILUSTRADA-ESFXMARIAINSFACCINCRUZALTA-RS.ed4f9b905b194d1d8c44.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2026.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica (nº 19). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Guia básico de acessibilidade na comunicação**: condutas e ações em eventos promovidos pelo Ministério Público brasileiro/Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: CNMP, 2024. 88 p. il. ISBN 978-65-89260-51-6
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Plataforma gratuita cria receitas ilustradas para pacientes com baixa alfabetização**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2026. Disponível em: <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/07/05/2026/plataforma-gratuita-cria-receitas-ilustradas-para-pacientes-com-baixa-alfabetizacao>. Acesso em: 10 mar. 2026.
- FERNANDEZ, S. B.; VILLA, A. L.V.; FRAGA, A. G. M. Strategies to promote pharmacotherapeutic adhesion employed in elderly patients who can assist as actions in a school pharmacy. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. e26412441280, 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 jun. 2026.
- INSTITUTO PARANAENSE DE CEGOS. **Um raio x da pessoa com deficiência no Brasil**. Paraná: Novo IPC, [202-?]. Disponível em: <https://www.novoipc.org.br/>. Acesso em: 20 mar. 2026.
- JESSA, Z.; EVANS, B.; THOMSON, D.; ROWLANDS, G. Vision screening of older people. **Ophthalmic Physiol Opt**. Londres, v. 27, n. , p. 527-546, 2007.
- LUIZ, L. C.; REBELATTO, A. M. V. *et al.* Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 444-50, set./out. 2009.
- ROMANI, F. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 68, n. 5, p. 649-655, 2005.
- TORRES, F. V.; URBANO, R.; TEIXEIRA, B. C. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 75, n. 3, p. 161-165, 2012.

ANEXO A - CARTÃO DE JAEGER

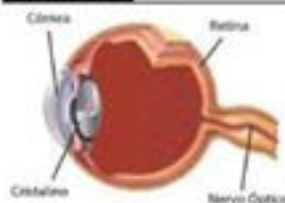
Frente

TABELA DE PERTO

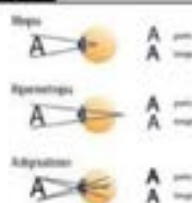
Utilizar à 37 cm de distância

0.37 m	1 2 3 4 5 6	J1
0.50 m	1 2 3 4 5 6	J2
0.67 m	7 8 3 4 7 6 9 7 8 2	J3
0.75 m	3 3 4 3	J4
1.00 m	6 7 2 6 1 8 5 2	J5
1.25 m	8 4 6 2 7 3 8 6	J6

Oído Humano



Ametropias



Verso

TABELA DE PERTO

Utilizar à 37 cm de distância

0.37 m	A exposição à luz azul é naturalmente alta no ambiente e, por isso, não há necessidade de usar óculos com filtro de luz azul. No entanto, se você estiver usando óculos com filtro de luz azul, certifique-se de que eles estejam corretamente alinhados com os olhos.	J1
0.50 m	Quando está claro de dia, a luz é muito intensa e, portanto, é recomendável usar óculos com filtro de luz azul. No entanto, se você estiver usando óculos com filtro de luz azul, certifique-se de que eles estejam corretamente alinhados com os olhos.	J2
0.67 m	Se a exposição à luz azul for excessiva e prolongada, isso pode causar danos à saúde dos olhos. Portanto, é recomendável usar óculos com filtro de luz azul. No entanto, se você estiver usando óculos com filtro de luz azul, certifique-se de que eles estejam corretamente alinhados com os olhos.	J3
0.75 m	Estudos mostram que a exposição excessiva de luz azul pode ser prejudicial, podendo levar ao cansaço dos olhos de longo prazo.	J4
1.00 m	Por isso, os melhores laboratórios de óptica desenvolveram uma lente capaz de absorver parte da luz azul, trazendo maior conforto.	J5
1.25 m	Além disso, faça um maior número de intervalos para os olhos, fechando-os e relaxando ou olhando para um ponto distante.	J6

Teste de Jornal

Há muitos estudos sobre a luz azul e sua interferência no nosso dia a dia. Então de quanta luz azul precisamos? E como e quando devemos nos proteger contra ela?

Com a evolução da vida moderna, usamos mais frequentemente o celular e computadores, aumentando a exposição de luzes artificiais. No trabalho, na escola e até na vida social, estamos muito mais conectados aos aparelhos eletrônicos e eles emitem luz azul também!

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B – RECEITUÁRIO

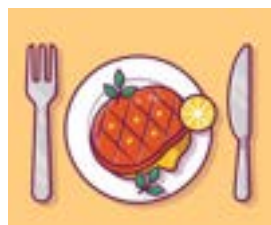
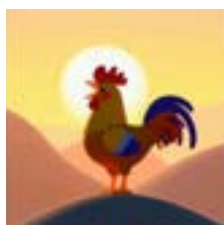
USUÁRIO:

IDADE:

USO ORAL

METFORMINA 500 MG ----- 90 COMPRIMIDOS / MÊS – USO CONTINUO

Tomar 01 comprimido após o café da manhã, 01 comprimido após o almoço e 01 comprimido após o jantar, a cada dia.



USO ORAL

SINVASTATINA 20 MG ----- 30 COMPRIMIDOS/ MÊS

USO CONTINUO

Tomar 01 comprimido após jantar.

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

USUÁRIO:

IDADE:

POSOLOGIA E HORÁRIOS:

VIA ORAL:	MANHÃ	TARDE	NOITE
METFORMINA 500 MG TOMAR 1 CP DEPOIS DAS REFEIÇÕES	  	  	  
SINVASTATINA 20 MG TOMAR 02 CP APÓS JANTAR	-----	-----	   

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO C - RECEITA MÉDICA PADRONIZADA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE PARANÁ
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde Generalista Saúde da Família

RECEITUÁRIO1ª VIA - RETENÇÃO NA FARMÁCIA OU DROGARIA

IDENTE

CIDADAO

MEDICAMENTOS

1. Metformina, Cloridrato 500 mg - uso contínuo90 comprimidos
Comprimido

1 comprimido, a cada 8 horas | Oral
Período indeterminado
Recomendações: depois das refeições

2. Simvastatina 20 mg - uso contínuo90 comprimidos
Comprimido

2 comprimidos, pela noite | Oral
Período indeterminado
Recomendações: depois do jantar

Revisado em 10/06/2020 às 13:08 por Roney Tenório Eduardo Santos

8 / 8



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE PARANÁ
MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde Generalista Saúde da Família

RECEITUÁRIO2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

IDENTE

CIDADAO

MEDICAMENTOS

1. Metformina, Cloridrato 500 mg - uso contínuo90 comprimidos
Comprimido

1 comprimido, a cada 8 horas | Oral
Período indeterminado
Recomendações: depois das refeições

2. Simvastatina 20 mg - uso contínuo90 comprimidos
Comprimido

2 comprimidos, pela noite | Oral
Período indeterminado
Recomendações: depois do jantar

Revisado em 10/06/2020 às 13:08 por Roney Tenório Eduardo Santos

8 / 8

ANEXO D - RECEITA MÉDICA ADAPTADA (AMPLIADA E ILUSTRADA)

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

USUÁRIO: _____

IDADE: _____

USO ORAL

METFORMINA 500 MG ----- 90 COMPRIMIDOS / MÊS – USO CONTINUO

Tomar 01 comprimido após o café da manhã, 01 comprimido após o almoço e 01 comprimido após o jantar, a cada dia.



USO ORAL

SINVASTATINA 20 MG ----- 30 COMPRIMIDOS/ MÊS

USO CONTINUO

Tomar 01 comprimido após jantar.



|

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde.

USUÁRIO:

IDADE:

POSOLOGIA E HORÁRIOS:

VIA ORAL:	MANHÃ	TARDE	NOITE
METFORMINA 500 MG TOMAR 1 CP DEPOIS DAS REFEIÇÕES	 ↑ 	 ↑ 	 ↑ 
SINVASTATINA 20 MG TOMAR 02 CP APÓS JANTAR	-----	-----	 ↑ 

CAPÍTULO 15

DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARTICIPATIVO COMO INSTRUMENTO PARA QUALIFICAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CÂNDIDO GODÓI

Matheus Aguiar Soares
Georgia da Silva



APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Cândido Godói, município localizado no noroeste do Rio Grande do Sul, possui uma população de 6.294 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,728 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) e é reconhecido como a Cidade dos Gêmeos — status que impulsiona o turismo local —, bem como desperta o interesse pela manutenção de comunidades do campo de descendência germânica e polonesa.

O município possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ativas e possui uma organização territorial marcada por distâncias significativas entre as comunidades rurais e a sede urbana, cujas dificuldades das pessoas com deficiência transcendem o deslocamento até o serviço.

No interior da UBS Cândido Godói persistem barreiras arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais e organizacionais que comprometem a produção do cuidado. A circulação no espaço físico, a forma como a informação é transmitida, a organização do acolhimento e a ausência de escuta sistematizada das necessidades específicas desse grupo incorrem em mais dependência de terceiros, morosidade na busca por atendimento e fragilização do vínculo com a equipe.

Considerando que o Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) permite conhecer a realidade local a partir da perspectiva dos próprios atores envolvidos, propõe-se um projeto de intervenção voltado à identificação das demandas em acessibilidade e à construção coletiva de soluções viáveis no contexto da UBS Cândido Godói, com a participação de usuários, cuidadores e trabalhadores da saúde.

JUSTIFICATIVA

A deficiência não é, em si, um atributo individual a ser corrigido, mas o resultado da interação entre características corporais e barreiras impostas pelo ambiente, conforme proposto pelo modelo social da deficiência (Diniz, 2007). Essa compreensão desloca o cuidado em saúde do paradigma estritamente reabilitador para o campo dos direitos, exigindo que os serviços públicos se reorganizem para acolher a diversidade humana.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) consolidou esse entendimento ao instituir a acessibilidade como direito fundamental e ao definir os diferentes tipos de barreiras, incluindo as urbanísticas, arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais e tecnológicas (Brasil, 2015).

No campo da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) reafirma a necessidade de integralidade do cuidado e de qualificação dos profissionais para o atendimento desse público (Brasil, 2010). A Atenção Primária à Saúde (APS) por sua proximidade com o território e por seus atributos de longitudinalida-

de, integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002), constitui o nível mais estratégico para o enfrentamento das iniquidades enfrentadas pelas pessoas com deficiência. Quando a UBS reproduz, em sua estrutura e em suas práticas, as mesmas barreiras presentes na sociedade, ela compromete a efetivação desses princípios e contribui para o aprofundamento das iniquidades em saúde.

A pertinência de uma intervenção sistematizada decorre, ainda, da especificidade do contexto rural em que a UBS está inserida. As pessoas com deficiência residentes em municípios de pequeno porte enfrentam não apenas distâncias geográficas, mas também menor oferta de serviços especializados, o que torna a APS o ponto privilegiado para a construção de respostas integradas. A opção por um Diagnóstico Rápido Participativo justifica-se porque essa metodologia permite produzir conhecimento sobre a realidade local com participação ativa dos usuários, familiares e trabalhadores na definição das prioridades de mudança (Castro; Abramovay, 2015; Fundação Oswaldo Cruz, 2025).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar, por meio de Diagnóstico Rápido Participativo, as principais demandas de acessibilidade enfrentadas por pessoas com deficiência na UBS Cândido Godói/RS, com vistas à construção coletiva de soluções viáveis no equipamento de atenção primária à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Mapear as barreiras arquitetônicas, comunicacionais e organizacionais presentes no percurso das pessoas com deficiência até o atendimento na UBS;
- * Identificar as dificuldades de acesso e de uso do serviço vivenciadas pelas pessoas com deficiência adstritas ao território da UBS, bem como por seus familiares e cuidadores;
- * Elaborar, em conjunto com os trabalhadores da saúde, usuários e familiares a equipe e os usuários, propostas de intervenção voltadas à melhoria da acessibilidade e ao enfrentamento de práticas capacitistas;
- * Promover ações de educação permanente, com vistas à qualificação do cuidado ofertado às pessoas com deficiência.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico aqui apresentado resulta da observação direta do funcionamento da UBS, das conversas iniciais mantidas com os colegas de equipe nas reuniões semanais e das percepções recolhidas no atendimento cotidiano às pessoas com deficiência e a seus acompanhantes. Trata-se de um retrato preliminar, que servirá de base para o aprofundamento previsto na metodologia.

O ESPAÇO FÍSICO E A COMUNICAÇÃO

Do ponto de vista arquitetônico, a primeira barreira identificada situa-se na própria entrada da unidade. Embora exista rampa de acesso, sua inclinação não atende plenamente aos parâmetros recomendados pela NBR 9050 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020), exigindo, em muitos casos, auxílio de terceiros para a entrada de pessoas que usam cadeira de rodas. Internamente, a circulação é dificultada pela largura insuficiente das portas dos consultórios e pela disposição dos móveis nos corredores, que reduz o espaço útil de manobra. A inexistência de banheiro adaptado inviabiliza a permanência confortável do usuário durante esperas prolongadas e obriga os acompanhantes a improvisarem movimentos, em desacordo com as recomendações do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Brasil, 2008).

A unidade não dispõe de profissionais com formação em Língua Brasileira de Sinais (Libras), nem de impressos em formatos acessíveis, como linguagem simples, pictogramas ou materiais em fonte ampliada, recursos previstos pela Lei Brasileira de Inclusão como condição para a efetivação do direito à comunicação (Brasil, 2015), implicando em barreiras comunicacionais. Orientações clínicas relevantes, como o uso adequado de medicamentos e a preparação para exames, são transmitidas exclusivamente por meio da fala, sem reforço visual ou escrito que permita ao usuário com deficiência intelectual ou auditiva consolidar a informação após o atendimento. A sinalização interna também é deficiente: faltam placas com símbolos universais e identificações em alto-relevo que orientem pessoas com deficiência visual, reduzindo a autonomia das pessoas.



DA ATITUDE E ÉTICA PROFISSIONAL

As dimensões atitudinal e ética se revelam, por vezes, ainda mais difíceis de enfrentar do que as estruturais, porque exigem deslocamento de práticas naturalizadas. Foi possível observar que profissionais experientes, ao receberem uma pessoa com deficiência intelectual, dirigem-se preferencialmente ao acompanhante para coletar informações e prover orientações, como se a pessoa atendida não fosse capaz de compreender ou de decidir sobre o próprio corpo. Esse gesto, aparentemente cordial, esvazia a autonomia do usuário e fere o princípio do cuidado centrado na pessoa. De modo semelhante, há tendência de superestimar limitações e de subestimar capacidades, o que se traduz em consultas mais curtas e em planos terapêuticos pouco pactuados.

A ética do cuidado, nesse contexto, exige que se reconheça a pessoa com deficiência como sujeito ativo do processo saúde-doença, titular de direitos e detentora de saberes sobre a própria condição (Diniz, 2007; Brasil, 2015). O diálogo com os colegas de equipe para desconstruir o capacitismo cotidiano deve ser construído a partir de espaços coletivos já existentes, como as reuniões de equipe, evitando a postura de denúncia individual e privilegiando a problematização compartilhada. A discussão de casos, a apresentação de literatura específica e a inclusão da temática em momentos de educação permanente compõem caminhos viáveis para essa transformação. Sem mudança atitudinal, qualquer intervenção estrutural tende a produzir efeitos limitados, uma vez que é no encontro entre profissional e usuário que a acessibilidade se concretiza.

DEFINIÇÃO DE METAS

As metas foram organizadas em três horizontes temporais, considerando a viabilidade técnica, financeira e operacional da UBS e a necessidade de articular respostas imediatas com transformações estruturais mais duradouras.

METAS DE CURTO PRAZO (ATÉ 3 MESES)

- * Promover a discussão sobre a temática da acessibilidade e do capacitismo com a equipe da UBS, por meio de ao menos duas reuniões temáticas;
- * Constituir um Grupo de Trabalho composto por representantes de cada categoria profissional, usuários e familiares;
- * Elaborar o Diagnóstico Rápido Participativo;
- * Revisar o fluxo de acolhimento, contemplando atenção prioritária e maior clareza nas orientações verbais oferecidas aos usuários.

METAS DE MÉDIO PRAZO (3 A 9 MESES)

- * Sistematizar e devolver à comunidade os achados do DRP em ao menos um encontro aberto;
- * Produzir materiais educativos acessíveis sobre os principais agravos atendidos na UBS, em linguagem simples e com recursos visuais;
- * Capacitar pelo menos 70% da equipe em noções básicas de comunicação inclusiva, incluindo Libras instrumental;

- * Instituir cadastro qualificado das pessoas com deficiência adstritas ao território, com registro de necessidades específicas no prontuário eletrônico;
- * Pleitear, junto à gestão municipal, pequenas adequações estruturais de baixo custo, como reorganização do mobiliário e instalação de sinalização adequada.

METAS DE LONGO PRAZO (9 A 24 MESES)

- * Elaborar documento técnico para Secretaria Municipal de Saúde com solicitação de reforma para implantação de banheiro adaptado e a adequação das portas e do acesso externo conforme a NBR 9050 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020);
- * Pleitear pauta no Conselho Municipal de Saúde para apresentação do DRP, a fim de ampliar a discussão sobre acessibilidade e acesso de pessoas com deficiência;
- * Instituir rotina de educação permanente sobre acessibilidade e acesso de pessoas com deficiência, com pauta semestral fixa nas reuniões de equipe;
- * Estabelecer parcerias intersetoriais com a Assistência Social e a Educação para o cuidado compartilhado;
- * Consolidar o instrumento de avaliação periódica da acessibilidade, aplicado anualmente como parte do planejamento local.

6 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção de natureza qualitativa, fundamentado nos pressupostos do DRP e da pesquisa-ação (Castro; Abramovay, 2015; Fundação Oswaldo Cruz, 2025), a ser desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Cândido Godói/RS, ao longo de doze meses. A escolha metodológica decorre da compreensão de que a transformação das práticas de cuidado exige a participação ativa de usuários, familiares, cuidadores e trabalhadores da saúde, reconhecidos como sujeitos do conhecimento sobre a própria realidade (Deslandes, 2012). As atividades a seguir descritas foram organizadas em correspondência direta com cada objetivo específico, de modo a evidenciar como cada meta será operacionalizada.

MAPEAMENTO DAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS, COMUNICACIONAIS ORGANIZACIONAIS

Esse objetivo será alcançado por meio de observação sistematizada do espaço físico da UBS, conduzida com base em roteiro estruturado a partir dos parâmetros da NBR 9050 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020) e do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2008). O percurso da pessoa com deficiência será reproduzido desde o estacionamento até o consultório, passando pela recepção, sala de espera e banheiros, com registro fotográfico autorizado e medição dos pontos críticos. Paralelamente, será realizada análise documental de impressos, prontuários e materiais educativos disponíveis, para verificação de

adequação a diferentes formatos comunicacionais. A atividade será conduzida pelo proponente em parceria com a enfermeira da equipe e com um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

ESCUTA DOS USUÁRIOS, FAMILIARES, CUIDADORES E TRABALHADORES

Para esse objetivo, prevê-se a realização de entrevistas semiestruturadas individuais com, no mínimo, dez pessoas com deficiência adstritas ao território, familiares ou cuidadores e cinco trabalhadores da equipe, contemplando diferentes categorias profissionais.

As entrevistas serão gravadas em áudio mediante Termo de Consentimento Prévio, Livre e Informado (TCLI). Também serão realizadas duas rodas de conversa para escuta qualificada, sendo uma com usuários e familiares e outra com os profissionais de saúde da equipe. As rodas serão conduzidas com técnicas participativas, como linha do tempo do cuidado e mapa falante do território, recursos clássicos do DRP (Fundação Oswaldo Cruz, 2025).

A escolha por combinar entrevistas individuais e grupos justifica-se pela necessidade de captar tanto experiências íntimas quanto percepções construídas no coletivo.

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações recolhidas serão tratadas pela técnica de análise de conteúdo na perspectiva temática (Bardin, 2016), organizada em três etapas: pré-análise, com leitura flutuante do material; explora-

ção, com codificação e categorização dos núcleos de sentido; e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. As categorias emergentes serão cruzadas com os achados da observação estruturada, compondo um quadro-síntese que servirá de subsídio para a definição das prioridades de intervenção. Essa etapa será conduzida pelo proponente, com discussão dos resultados parciais nas reuniões de equipe.

CONSTRUÇÃO COLETIVA DAS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Após a devolutiva dos resultados à equipe e à comunidade, serão realizadas duas oficinas de pactuação, organizadas no formato de planejamento estratégico situacional simplificado.

Os participantes elencarão problemas, identificarão nós críticos e elaborarão ações, classificadas por viabilidade e prazo.

As propostas resultantes comporão o plano de ação local, que será apresentado à coordenação da UBS e à Secretaria Municipal de Saúde. Esse momento é especialmente importante porque transforma o diagnóstico em compromisso institucional partilhado.

EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE

Para esse objetivo, prevê-se a inclusão da temática da acessibilidade e do capacitismo em ao menos quatro reuniões de equipe ao longo do período do projeto, com leitura comentada de textos de referência, discussão de casos e apresentação de disparadores au-

diovisuais. Sempre que possível, serão convidados profissionais com expertise no tema, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas ou referência técnica do município, para enriquecer o debate. A avaliação dessa ação será feita por meio de questionário curto, aplicado antes e depois do ciclo formativo, com vistas a identificar deslocamentos nas concepções da equipe.

IMPACTOS ESPERADOS

Os impactos pretendidos com este projeto se distribuem em três planos articulados, que dialogam diretamente com os princípios da equidade, da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, fundamentos da Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002; Mendes, 2011).

No plano da Unidade Básica de Saúde, espera-se a qualificação dos processos de trabalho, com a reorganização do acolhimento, a incorporação de instrumentos para identificação precoce de necessidades específicas e a constituição de uma cultura institucional mais atenta à diversidade. A discussão coletiva tende a fortalecer o trabalho em equipe e a reduzir o retrabalho gerado pela falta de informação adequada nas etapas iniciais do atendimento.

A produção de materiais acessíveis, ainda que simples, constitui acervo aproveitável por todos os profissionais e, portanto, multiplica seu efeito ao longo do tempo.

Para comunidade, o trabalho contribuirá para ampliar o acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde e para visibilizar uma população cujas demandas frequentemente são abordadas de modo episódico. A realização de rodas de conversa e de momentos de devolutiva pública estimula o controle social e fortalece o vínculo

entre os usuários e a equipe, ao mesmo tempo em que pode reverberar em outros equipamentos do território, especialmente na escola e na assistência social. Há, ainda, expectativa de redução do estigma associado à deficiência, no momento em que esta passa a ser tematizada de forma aberta na unidade.

Para a pessoa com deficiência, espera-se que as intervenções produzam ganhos concretos em autonomia, segurança e dignidade durante o atendimento, com efeitos diretos sobre a adesão ao plano terapêutico e sobre a continuidade do cuidado. A consolidação da longitudinalidade pressupõe que o usuário se reconheça no serviço e seja por ele reconhecido em sua singularidade, condição que dificilmente se realiza quando barreiras estruturais e atitudinais permanecem invisibilizadas. A intervenção, portanto, busca menos promover ações isoladas e mais inaugurar uma forma de cuidar que permaneça quando o projeto se encerrar, em consonância com os princípios da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2010).

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES REALIZADAS E ESTRATÉGIAS DE CONCRETIZAÇÃO



Em consonância com o caráter processual do projeto, parte das ações já se encontra em curso, ainda que de forma incipiente. As demais permanecem programadas para os meses subsequentes, conforme o cronograma previsto.

Entre as iniciativas já realizadas, destaca-se a abertura do tema em duas reuniões de equipe, momentos em que os profissionais foram convidados a relatar situações cotidianas envolvendo o atendimento a pessoas com deficiência. A escuta inicial revelou um interesse genuíno da equipe pelo assunto e identificou, ao mesmo tempo, a ausência de espaço sistemático para reflexão sobre o tema. Essa primeira aproximação serviu para legitimar o projeto interna-

mente e para consolidar o grupo de trabalho responsável pela sua condução. Foi também elaborada uma versão preliminar do roteiro de observação do espaço físico, com base na NBR 9050 (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2020), e iniciaram-se conversas informais com usuários frequentes da unidade, que demonstraram disponibilidade para participar das etapas seguintes. Cabe registrar que, nessa etapa inicial, optou-se por não realizar registros fotográficos das atividades, em respeito ao caráter informal das primeiras aproximações e à necessidade de construir vínculo de confiança com os participantes antes da formalização do trabalho de campo. Os registros visuais, mediante consentimento expresso dos envolvidos, integrarão as fases subsequentes do projeto.

Quanto às ações ainda não executadas, a estratégia de concretização envolve três frentes simultâneas. Em primeiro lugar, a formalização institucional do projeto junto à coordenação da UBS e à Secretaria Municipal de Saúde, com apresentação do plano de trabalho e solicitação dos recursos mínimos necessários, sobretudo para a impressão de materiais e para a viabilização das oficinas. Em segundo lugar, a articulação com lideranças comunitárias e com agentes comunitários de saúde, peças-chave para a captação dos participantes e para a legitimidade do diagnóstico participativo. Em terceiro lugar, a definição de um cronograma de devolutivas parciais, de modo que a equipe e os usuários acompanhem o andamento das atividades e contribuam com ajustes ao longo do percurso, evitando que a intervenção se torne uma ação distante do cotidiano do serviço.

As limitações antecipadas dizem respeito principalmente ao tempo disponível dos profissionais para participar de atividades adicionais, à eventual baixa adesão dos usuários à fase de entrevistas e à dependência de decisões da gestão municipal para as adequações estruturais de maior porte. Para mitigá-las, prevê-se a integração das atividades à rotina já existente, sempre que possível, e a construção

de pactuações graduais com a gestão, fundamentadas em evidências geradas pelo próprio diagnóstico. Reconhece-se, por fim, que o sucesso da iniciativa depende menos da execução pontual de cada etapa e mais da capacidade de incorporar permanentemente o olhar para a acessibilidade às práticas da equipe, transformando o projeto em política local de cuidado.

CRONOGRAMA

O cronograma foi estruturado para um período de doze meses, podendo sofrer ajustes conforme necessidades da equipe e a adesão dos participantes. As ações previstas dialogam com as metas de curto e médio prazo, permanecendo as metas de longo prazo encaminhadas para os ciclos subsequentes de planejamento local.

Quadro 1 – Cronograma de execução

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Promoção de debates em equipe e formação do grupo de trabalho	X	X										
Observação sistematizada do espaço físico		X	X									
Elaboração dos roteiros de entrevista e roda de conversa.		X	X									
Entrevistas semiestruturadas com usuários, familiares e equipe.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Realização das rodas de conversa, sistematização e análise dos dados, devolutiva à equipe e à comunidade, oficinas de construção coletiva das intervenções e Implementação das ações de curto prazo.				X	X	X	X	X	X			
Educação permanente da equipe (ciclos)			X		X		X		X		X	
Avaliação preliminar e relatório final											X	X

Fonte: próprios autores (2026).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:** acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015.

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

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Guia do diagnóstico participativo**. Brasília: Flacso Brasil, 2015.

DESLANDES, S. F. Notas para elaboração de projetos de investigação científica e projetos de intervenção. *In*: LEITÃO, C. F.; SANTOS, H. (org.). **Curso de impactos da violência na saúde**: caderno do aluno. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2012.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Fórum Itaboraí: Política, Ciência e Cultura na Saúde. **Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) e Cartografia Participativa (CP)**: ferramentas para a abordagem das desigualdades sociais como determinantes das iniquidades em saúde. Petrópolis: Fiocruz, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**: Cândido Godói. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.