

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE MEDICINA

**DESAFIOS DO ATENDIMENTO MÉDICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS, GOIÁS**

BRUNA MORAES FARIAS DANTAS
CAROLINA PESSOA RODRIGUES RIBEIRO
ELIZANDRA FARIA DE FREITAS
ISABELLA COELHO MATOS
LUCAS FERREIRA AIRES MENDONÇA
MARCELA MENESES XIMENES

ANÁPOLIS, GOIÁS
2020

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE MEDICINA

**DESAFIOS DO ATENDIMENTO MÉDICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS, GOIÁS**

Trabalho de Pesquisa apresentada ao curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA como requisito parcial para a conclusão da disciplina de Iniciação Científica sob a orientação da professora Dra. Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes.

ANÁPOLIS, GOIÁS
2020

ANEXO 5- CARTA DE ENCAMINHAMENTO

ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

À

Coordenação de Iniciação Científica
Faculdade de Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador Dr. Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes, venho, respeitosamente, informar à essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as)

Bruna Moraes Farias Dantas, Carolina Pessoa Rodrigues Ribeiro, Elizandra Faria de Freitas, Isabella Coelho Matos, Lucas Ferreira Aires Mendonça e Marcela Meneses Ximenes, estão com a versão final do trabalho intitulado, **Desafios do atendimento médico de pessoas com deficiência física no município de Anápolis, Goiás**, pronta para ser entregue a esta coordenação.

Observações:

O trabalho já foi aceito, para publicação em formato de artigo, pelo periódico Brazilian Journal of Development, e deverá estar disponível para acesso no prazo de 15 dias.

Anápolis, 29 de maio de 2020.



Prof. Dr. Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes

RESUMO

Deficiência é toda perda total ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Segundo os resultados do Censo Demográfico de 2010, 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas (enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus), correspondendo a 23,9% da população brasileira. A promoção e a inclusão de temas relativos às pessoas com deficiência ainda dependem de iniciativas individuais, e não só de uma política das escolas médicas que pudesse garantir sua continuidade. A falta de acessibilidade ou a limitação de recursos afetam os portadores de deficiência, já que prejudica o livre acesso aos serviços de saúde e exclui diretamente seus direitos, como cidadãos, a um atendimento de saúde pleno e integrado. O objetivo desse estudo foi identificar os desafios no atendimento médico aos pacientes deficientes visuais, auditivos, de fala e motores nas Unidades Básicas de Saúde de Anápolis, bem como buscar esclarecer os obstáculos que inviabilizam ou que reduzem a qualidade desse atendimento. Realizou-se uma pesquisa com delineamento transversal, quantitativo e comparativo como ferramenta de levantamento de dados utilizou-se questionários para médicos das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Anápolis, a fim de identificar os desafios para um bom atendimento aos pacientes deficientes físicos, assim como, verificar as características do espaço físico que influencia no atendimento ao paciente deficiente físico. Como resultado do estudo verificou-se que existe uma dificuldade geral no atendimento às pessoas portadoras de deficiência física, englobando desde barreiras estruturais, que impedem o acesso à UBS, até mesmo dificuldades na relação médico-paciente. Identificou-se que instrumentos mundiais para estabelecimento de comunicação com pessoas portadoras de deficiência física são desconhecidos ou pouco utilizados pelos médicos, como exemplo, Libras e Braile. Além disso, a estrutura física das unidades são, em geral, precárias e inadequadas, ao contrário do que preconiza a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e a NBR 9050, ferindo os direitos constitucionais desses pacientes. Muito ainda deve ser feito com relação aos serviços de saúde pública voltados a pessoas com deficiência. É fundamental traçar objetivos visando à inclusão e a promoção da saúde, para assim possibilitar atendimento com equidade e eliminar as disparidades existentes.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados médicos; Limitação; Pessoas com Deficiência;

ABSTRACT

Disability is a total loss or abnormality of a psychological, physiological or anatomical structure and/or function which causes an inability to perform normal human activity. According to the results of Demographic Census, in 2010, 46.5 million people report having at least one of those disabilities investigated (seeing, hearing, walking or using the stairs), corresponding to 23.9% of the Brazilian population. The attempt to include topics related to people with disabilities still depends on individual initiatives, not just politics on a medical school that could guarantee its continuity. The inaccessibility or limited resources affects the disabled people and, not only it jeopardizes their free access to health services, but also excludes their full rights as citizens and human beings. The goal of this study was to identify the challenges in medical care for patients with visual, hearing, speech and motor disabilities in the Basic Health Units of Anápolis, and also to keep track of the obstacles that decrease the quality of this service. A research was conducted with cross-sectional, quantitative and comparative data. As a tool for data collection, a survey was made for doctors of the Basic Health Units of Anápolis, to identify the challenges for a good care for disabled patients, as well as to verify how physical space resources influence on the care of this patients. The result of the study found that there is a general struggle with assisting people with physical disabilities, which includes challenges starting from the access to the UBS to the doctor-patient relationship. It was identified that worldwide instruments for establishing communication with people with physical disabilities are unknown or little used by doctors, such as Libras and Braille. Besides, the physical structure of the Units is precarious and inadequate, contrary to what is recommended by the Declaration of the Rights of Persons with Disabilities and NBR 9050, injuring the constitutional rights of these patients. A great amount of work remains to be done in public health services for people with disabilities. It is essential to track the goals of inclusion and health promotion to allow a medical care with equity and to eliminate the existing differences.

KEYWORDS: Medical Care; Mobility; Disabled People;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA.....	9
2.3. DEFICIÊNCIA VISUAL.....	10
2.4. DEFICIÊNCIA MOTORA	11
2.5. DEFICIÊNCIA DE FALA.....	11
2.6. POLÍTICA ASSEGURADORA DE DIREITOS	12
2.7. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. OBJETIVO GERAL	15
3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	15
4. METODOLOGIA	15
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	15
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	15
4.3. COLETA DE DADOS.....	16
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	16
4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	16
4.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
4.7. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	17
5. RESULTADOS	17
5.1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA.....	17
5.2. DEFICIÊNCIA VISUAL.....	19
5.3. DEFICIÊNCIA MOTORA	21
5.4. ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	22
6. DISCUSSÃO	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
9. ANEXOS	38
9.1 ANEXO I	38
9.2 ANEXO II.....	40

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência define como deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente, aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade, uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (BRASIL, 2008, pág. 6).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2011, estimou-se que 15% da população mundial apresentava alguma deficiência, e segundo resultados do Censo Demográfico de 2010, 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas (enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus), correspondendo a 23,9% da população brasileira. Dessas pessoas, 38.473.700 se encontravam em áreas urbanas e 7.132.347, em áreas rurais (IBGE, 2010).

Das pessoas portadoras de deficiências citadas pelo IBGE, a que atinge um número mais significativo de brasileiros é a visual chegando a 3,6% da população, ocorrendo de forma mais comum nas pessoas acima de 60 anos. Segundo a OMS (2011), os diferentes graus de deficiência visual podem ser classificados em três níveis: baixa visão; próximo à cegueira e cegueira. Todas as três necessitam de algum tipo de compensação, seja com o uso de lentes de aumento; sistema Braille; recursos de voz ou bengala, por exemplo. Diante desses dados, entende-se a necessidade de inclusão dessa parcela da população no âmbito da saúde, garantindo efetividade na acessibilidade ao sistema de saúde e na comunicação com os profissionais de saúde (DIAS, 2017).

Com o uso do sistema braile e uso de recursos tecnológicos de informática, as pessoas com deficiência visual conseguem superar várias dificuldades no dia-a-dia. Por isso é importante frisar a necessidade de ambientes preparados para esses sujeitos nos ambientes que proporcionam saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, reduzindo as barreiras físicas à vida social. Normalmente, há ainda uma tensão e certo constrangimento ao lidar com os deficientes visuais, podendo limitar o relacionamento do médico com o paciente e o uso de ferramentas durante a consulta, como o Braile, e adaptações no ambiente, como pisos adequados, podem reduzir esse obstáculo na consulta (CARVALHO et al., 2010).

As pessoas com deficiência auditiva possuem uma capacidade de comunicação diminuída, uma vez que possuem dificuldade na compreensão da fala. Por isso, é preciso criar meios de compreensão e comunicação adequada com esses pacientes, seja por uma leitura orofacial, em que consiste na avaliação de gestos, expressões e postura, seja através de uma linguagem universal (CASTRO et al., 2012). Neste contexto, tem-se a criação da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS), que consiste em uma linguagem viso espacial capaz de garantir a adequação na comunicação com pacientes surdos e com deficiência de fala, que não conseguem articular e nem produzir som. A LIBRAS está regulamentada pela Lei 10.436, de 24 de abril de 2002, em que o artigo 2º recomenda ao poder público e às empresas concessionárias de serviços públicos seu apoio ao uso e difusão (ARAGÃO et al., 2015).

Os deficientes motores em particular, devido às suas limitações de mobilidade, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Porém, o que se deve entender é que ter limitações não diminui os direitos e deveres da pessoa, afinal ela é cidadã e faz parte da sociedade como todas as demais. A acessibilidade de sujeitos com deficiência motora sofre entraves no serviço básico de saúde devido à falta de infraestrutura externa, para a entrada ao serviço, e interna, para a circulação dentro do local, e pela falta de profissionais qualificados, para os diversos tipos de atendimento (ARAGÃO et al., 2015).

A Lei nº 10.098 (BRASIL, 2000) e a Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, NBR 9050, 2004), estabelece algumas normas e critérios para promover acessibilidade plena aos deficientes físicos e pessoas que sofrem de pouca mobilidade. Diante disso, a acessibilidade em saúde pode ser definida como as características que um serviço de saúde oferece, a partir da perspectiva da capacidade da população de utilizá-los, logo vai além do simples fornecimento do recurso em um espaço e em um tempo, já que deve incluir aparatos que façam com que o espaço seja utilizado sem grandes esforços pelo usuário portador de deficiência física. Do lado oposto, a falta de acessibilidade ou a limitação de recursos para tal afetam os portadores de deficiência, já que prejudica o livre acesso aos equipamentos de saúde e exclui diretamente seus direitos plenos como cidadãos e seres humanos (BATISTÃO et al., 2015).

Dentro dessa perspectiva de dificuldades frente à assistência de saúde, de acordo com os princípios da Política Nacional da Atenção Básica, a integralidade discorre que a equipe de saúde tem que agir a fim de reconhecer as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que envolvem a condição do indivíduo, o que promove a autonomia e o autocuidado da PCD. No que se refere à universalidade, é dever da equipe assegurar

acessibilidade e acolhimento a todo e qualquer indivíduo que procura o atendimento na Atenção Básica, e, indo além, segundo o princípio da equidade, é necessário que os profissionais reconheçam as diferenças nas condições de saúde que norteiam cada pessoa, com o objetivo de conseguir um atendimento completo e que atenda a pessoa em suas particularidades (BRASIL, 2017).

A promoção e a inclusão de temas relativos às pessoas com deficiência ainda dependem de iniciativas individuais, e não só de uma política das escolas médicas que pudesse garantir sua continuidade. Pouco se vê, nesse contexto, médicos que informam e esclarecem as possibilidades de melhor desenvolvimento da pessoa, as formas de minimizar as dificuldades, os locais onde a família pode buscar orientações e esclarecer seus direitos, além de quase nunca estipular quais os centros de educação e de terapia que aquela PCD poderá ser bem assistida (MACIEL, 2010).

Avaliando as necessidades de adequação das unidades básicas de saúde para o atendimento do PCD, o presente estudo teve por objetivo identificar os desafios no atendimento médico aos pacientes deficientes visuais, auditivos, de fala e/ou motores nas Unidades Básicas de Saúde de Anápolis, bem como buscar esclarecer os motivos que inviabilizam ou que reduzem a qualidade desse atendimento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A redução na percepção do som, na deficiência auditiva, dificulta, em graus variados, o entendimento e a aquisição da linguagem oral de forma natural, impondo uma comunicação limitada de escuta e fala. Percebeu-se que esta dificuldade pode colocar em risco a assistência prestada, atrapalhando a compreensão, por parte do médico, dos dados apresentados pelos pacientes, e, assim, prejudicando a coleta de sua história e possivelmente seu diagnóstico e condutas, bem como a apreensão por parte dos pacientes sobre sua condição e tratamento (VIEIRA et al., 2017).

A comunicação efetiva é um item imprescindível nesse contexto, pois além de representar um ponto de interação entre o profissional de saúde e o paciente, é um importante alicerce para o vínculo de relação entre médico-paciente e para a aderência ao tratamento (CASTRO et al., 2010).

A condição da deficiência auditiva distingue-se das outras deficiências físicas pela dificuldade de estabelecer uma comunicação entre as pessoas. Na tentativa de superar essa barreira, os profissionais experimentam alternativas como se expressar por sinais não oficiais de

Libras ou escrever. Contudo, os sinais arbitrários podem não fazer o mesmo sentido para o surdo e para o ouvinte, assim como a tentativa de comunicação por meio da escrita pode não funcionar para os pré-linguísticos, pessoas que perderam a audição antes da aquisição da linguagem (COSTA; SILVA, 2012).

Dessa forma, é necessária a linguagem denominada Língua Brasileira de Sinais (Libras), que foi reconhecida no Brasil como primeira língua legal de comunicação e expressão da comunidade surda pela Lei Federal nº 10.436/02. Logo, o Sistema Único de Saúde (SUS) e qualquer empresa de assistência à saúde, visando inclusão plena, devem garantir atenção integral à saúde, efetivando:

- Ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva.
- Tratamento clínico e atendimento especializado respeitando as especificidades de cada caso;
- Atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação;
- Apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação (CHAVEIRO et al., 2009).

Dentre esses pacientes dos serviços de saúde pública, grande parte referiu não ser atendido da melhor forma por não ser compreendido totalmente. Aqueles que nunca passaram por esta situação, dizem ir acompanhados por parentes e/ou amigos aos serviços de saúde, o que de certa forma parece garantir seu atendimento e facilitá-lo (VIEIRA et al., 2017).

A limitação no conhecimento de Libras pode ser explicada pela predominância do sentimento de incerteza e desconforto entre os médicos quanto a esse método de linguagem. Com relação aos profissionais de saúde não médicos, há semelhança no discurso quando diz respeito à insegurança e ao incômodo ao lidar com o método (GOMES et al., 2017). Dessa forma, sugere-se um despreparo dos profissionais de saúde e da própria rede de saúde quanto à comunicação e uso de recursos alternativos para atender essa demanda populacional (CASTRO et al., 2010).

2.3. DEFICIÊNCIA VISUAL

O deficiente visual pode sofrer várias dificuldades superáveis por meio de recursos e técnicas especialmente desenvolvidas para promover sua autonomia. As técnicas de orientação e mobilidade, por exemplo, propiciam locomoção independente. O ensino por meio de formas alternativas de realizar as atividades de vida diária, como vestir-se, alimentar-

se, realizar a higiene pessoal dentre outros, o uso do sistema braile no processo educacional e o domínio de habilidades de informática trazem facilidades para o desenvolvimento do deficiente visual. É importante ressaltar a necessidade de ambientes preparados para estes sujeitos, reduzindo barreiras físicas à vida social. Normalmente, há ainda tensão e constrangimento ao lidar com os deficientes visuais, e esta característica pode limitar o relacionamento do médico com o paciente deficiente visual (CARVALHO et al., 2010).

Para que se estabeleça uma boa comunicação durante o atendimento médico é necessário que se determine o grau de deficiência visual e da capacidade de percepção de claro e escuro do paciente, a presença de outras deficiências, como auditivas ou motoras, o grau de independência e o comportamento do paciente e de seu cuidador, se for o caso (TIM et al., 2010).

O desconhecimento está na gênese da formulação de concepções estereotipadas. No serviço médico encontra-se, de forma bastante evidente, a ideia estereotipada de que a problemática da pessoa deficiente visual está relacionada exclusivamente à sua condição sensorial deixando de lado a condição emocional e a de reinserção na sociedade (VILLELA, 2008).

2.4. DEFICIÊNCIA MOTORA

O deficiente motor é caracterizado como toda e qualquer pessoa que apresente, de forma transitória ou permanente, algum tipo de alteração no seu aparelho locomotor, comprometendo sua funcionalidade cotidiana. Geralmente, a deficiência motora é inata, ou seja, desde o nascimento, causada pela falta de oxigenação cerebral da criança durante a gestação e o parto (FRANÇA et al., 2005).

Os pacientes, com deficiência motora, necessitam de cuidados especiais e enfrentam dificuldades para encontrar um serviço capaz de atendê-los e estruturas físicas que conseguem adaptá-los ao ambiente. Dessa forma, são encaminhados de um profissional para outro e, por fim, não recebem o tratamento necessário. Com isso, é imprescindível o fornecimento de conhecimento das condições de acesso ao atendimento médico para pessoas com deficiência motora. Isso se dá através do fornecimento de subsídios para o planejamento em saúde estruturando, assim, os serviços como um todo (CANCINO et al., 2005).

2.5. DEFICIÊNCIA DE FALA

O distúrbio fonológico é definido como uma alteração de fala caracterizada pela produção inadequada dos sons e uso inadequado das regras fonológicas da língua, com

relação à distribuição do som e ao tipo de sílaba, que resultam no colapso de contrastes fonêmicos, afetando o significado da mensagem (WERTZNER et al., 2005).

As repercussões que os distúrbios da comunicação podem gerar no próprio sujeito ou em seus familiares são de difícil mensuração. Porém, a prática clínica mostra que esses agravos influenciam as relações do sujeito com o meio que o cerca e a sua autoimagem, além de suas aprendizagens formais e informais (GOULART et al., 2007).

A etiologia das dificuldades de linguagem e aprendizagem é diversa e pode envolver fatores orgânicos, intelectuais/cognitivos e emocionais (estrutura familiar relacional), ocorrendo, na maioria das vezes, uma inter-relação entre todos esses fatores. Sabe-se que as dificuldades de aprendizagem também podem ocorrer em concomitância com outras condições desfavoráveis (retardo mental, distúrbio emocional, problemas sensório-motores) ou, ainda, ser acentuadas por influências externas, como, por exemplo, diferenças culturais, instrução insuficiente ou inapropriada (SCHIRMER et al., 2004).

Dentre os distúrbios de fala e linguagem destaca-se: Transtorno fonológico, que corre um atraso na aquisição dos sons/fonemas da língua ou aquisição desviante, produção atípica dos sons da fala, omissões, substituições ou adições. A Gagueira de desenvolvimento que é caracterizado por rupturas (disfluências) na fala, como repetições de sons e sílabas, bloqueios e prolongamentos. A mudez que é a incapacidade de articular palavras, geralmente é decorrente de transtornos do sistema nervoso central. Em boa parte dos casos, é decorrência de problemas na audição. Os problemas de articulação em que podemos citar: a dislalia que é a omissão, distorção, substituição ou acréscimo de sons na palavra falada; disartria que é problema articulatorio que se manifesta na forma de dificuldade para realizar alguns ou muitos dos movimentos necessários à emissão verbal. A alteração no desenvolvimento da linguagem oral que observar-se atraso ou distúrbio no desenvolvimento da linguagem e caracteriza-se por vocabulário pobre, dificuldade na combinação de palavras para formar frases, uso inadequado da linguagem, sintaxe pouco estruturada, dificuldade de compreensão, alterações gramaticais, fala ininteligível, dificuldade com conceitos abstratos e figurativos. E por fim a alteração no desenvolvimento da linguagem escrita que pode estar relacionada à alteração no desenvolvimento da linguagem ou ao transtorno fonológico e caracterizam-se por alteração na escrita de palavras, dificuldades na elaboração e compreensão escrita (PRATES et al., 2011).

2.6. POLÍTICA ASSEGURADORA DE DIREITOS

Dispondo sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências, no que se refere à saúde, tem-se como atribuição ao setor, garantido pela Lei n.º 7.853/89 também discutida na

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, desde a promoção de ações preventivas, a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação, a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; até o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade (BRASIL, 1989).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, considera deficiência algum impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que impeça ou dificulte a participação plena e efetiva na sociedade de forma igualitária entre as demais pessoas. Além disso, visa assegurar e promover a igualdade e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão social, acessibilidade e cidadania. Isso diz respeito ao poder e condição para uso com segurança e autonomia, de espaços e edificações; mobiliários e equipamentos urbanos; tecnologia e sistemas de informação; assim como serviços e instalações de uso público ou privado, tanto na zona urbana como na zona rural (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva busca resultados das ações decorrentes da política na atenção básica e nos serviços de média e alta complexidade que promovam uma ampla cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no Brasil, incluindo a capacitação e a educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos de atenção, envolvendo profissionais de diferentes níveis e alicerçadas às diretrizes do SUS e os pólos de educação permanente em saúde. Nesse raciocínio, foi sugerida a implementação de ações de educação e treinamento junto aos profissionais de saúde, assim como a disponibilidade de um intérprete de LIBRAS durante o atendimento se necessário. Isso poderia representar alternativas para a garantia de um sistema de saúde acessível universalmente (CASTRO et al., 2010).

Também existem propostas de implementação de ensino obrigatório de LIBRAS na educação infantil e no ensino fundamental (como o Projeto de Lei nº 14/2007), o que seria muito enriquecedor na formação cultural de crianças, tanto surdas quanto ouvintes. Assim, no ensino superior de profissionais especialistas na área de saúde, o estudante poderia implementar seu conhecimento básico com cursos mais avançados e específicos de Libras para a saúde (GOMES et al., 2017).

Ainda sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência, a comunicação assegura, sob a lei Nº 13.146, apresentada anteriormente, o acesso às línguas como a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), o braile, a visualização de textos, sistemas de sinalização táteis, caracteres

ampliados, dispositivos de multimídia, meios e formatos alternativos de comunicação, tecnologias da informação, entre outros, no que se refere às deficiências físicas sensitivas, isto é, visual e auditiva (DIAS, 2017).

Sobretudo, no que se refere às necessidades de saúde da pessoa com deficiência física motora, a autonomia e a independência de pacientes atendidos pelo SUS foram aspectos muito valorizados, como também a prevenção e o diagnóstico precoce. Porém, existem inúmeros desafios na estrutura física que podem ser resolvidos com a facilidade de acesso, por exemplo, a partir das visitas domiciliares, que permitem maior aproximação, compreensão e capacidade de identificação de necessidades (OTHERO; AYRES, 2012).

Das políticas apresentadas, existem quesitos indispensáveis para pessoas portadoras de deficiência, principalmente visual: a utilização dos espaços de forma segura e autônoma, a eliminação de barreiras sejam elas físicas comportamentais ou de comunicação; o direito de possuir um profissional de apoio que auxilie na comunicação, se necessário for, e compete ao poder público assegurar, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar uma lista extensa de itens que são indispensáveis na inclusão de pessoas com deficiência (DIAS, 2017).

2.7. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Quanto aos aspectos sociais, que contribuem para sua reinserção do sujeito na sociedade, cabe destacar que a reabilitação é considerada assistência à saúde das pessoas com deficiência física e é realizada com o objetivo de desenvolver o nível máximo de suas capacidades funcionais. Os profissionais citaram, com destaque, a importância de se conhecer a família do sujeito em processo de reabilitação, incluindo todo o seu contexto sociocultural. Além da importância de se conhecer as características da moradia e as questões de acessibilidade de seus pacientes, que, conseqüentemente, interferem nas possibilidades de se vivenciarem experiências diferentes (MISSEL et al., 2017). Desse modo, deve-se formular ações para a aceitação das perdas e mudanças decorrentes da deficiência e sua irreversibilidade. Anteriores a uma abordagem específica escuta, apoio e acolhimento devem ser proporcionados por todos os profissionais de saúde. Ativação de redes de suporte e ações de orientação e apoio junto à família e comunidade são outros focos de ação fundamentais (LAM et al., 2013).

A concretização da humanização da saúde somente ocorrerá se os pacientes e seus familiares tiverem acesso a serviços básicos no SUS, como triagem com profissionais adequados para o encaminhamento precoce aos serviços de reabilitação; acesso a procedimentos médicos e tratamentos no período adequado para evitar agravamentos das

sequelas/doenças; e a partir desses serviços, melhoria na relação médico/terapeuta-paciente (GOULART; CHIARI, 2010).

Nesse contexto, é indiscutível a importância de se ampliarem as possibilidades de a pessoa com deficiência ser/estar no mundo como sujeito de direitos e como cidadã em seu sentido mais amplo: acessibilidade urbana e arquitetônica, oportunidades, lazer, cultura, trabalho, educação, saúde, dispensação de equipamentos de auxílio, transporte, informação etc. (BATISTÃO et al., 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Identificar os desafios encontrados pelos médicos que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para o atendimento aos pacientes deficientes visuais, auditivos, de fala e motores no município de Anápolis, Goiás.

3.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Identificar as dificuldades levantadas pelos profissionais médicos no atendimento de pacientes com deficiência visual, auditiva, de fala e motora.
- b) Reconhecer as diferentes ferramentas utilizadas nos atendimentos a pacientes deficientes visuais, auditivos, de fala e motor.
- c) Verificar as características do espaço físico que influencia no atendimento ao paciente deficiente visual, surdo, de fala e motor.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de delineamento transversal, quantitativo e comparativo realizado nas 31 Unidades Básicas de Saúde da cidade de Anápolis, Goiás.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por 52 médicos e residentes das seguintes Unidades: Adriana Parque, Alexandrina, Paraíso, Bairro de Lourdes, Boa vista, Boa vista/São Carlos, Calixtolândia, D. Manuel Pestana Filho, Jardim Alvorada, JK, Munir Calixto, Jardim das Américas, Jardim Petrópolis, Anexo Itamaraty, Santo Antônio, São Joaquim, São Lourenço, Calixtopolis, Vila Esperança, Vila Formosa, Vivian Parque, Bandeiras, Filostro Machado, Jardim Suíço, Recanto do Sol, Santa Maria Nazaré, São José, Jardim Guanabara,

Vila Fabril, Arco Verde/Setor Sul, Macarananzinho, João Luiz de Oliveira, Jardim das Oliveiras, Parque dos Pirineus, Vivian Parque e Vila União.

4.3. COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de um questionário estruturado em perguntas objetivas. O questionário (Anexo 1) é dividido em duas partes: A e B. A parte “A” refere-se às dificuldades encontradas pelo médico em realizar o atendimento. A parte “B” refere-se às dificuldades do ambiente físico que, pela observação do médico, dificultam a procura dos deficientes físicos pelo atendimento.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos profissionais da saúde para a participação na pesquisa, foi realizado esclarecimento individualmente onde serão resguardadas as privacidades do profissional. Foram prestadas informações em linguagem clara e acessível para informar os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios e que a qualquer momento poderiam desistir da participação na pesquisa sem nenhum ônus. Em seguida Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concedido um tempo em que apresentaremos a pesquisa para a reflexão e decisão sobre a participação ou não.

A confidencialidade foi garantida já que nenhuma pessoa externa à pesquisa teve acesso mínimo aos dados de maneira individualizada, apenas aos resultados e coletivos.

Foi concedido pela Prefeitura Municipal de Anápolis, instituição coparticipante do trabalho, um termo de Anuência própria, após leitura do projeto e verificação de todos os riscos e benefícios.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética CEP – UniEvangélica número parecer 3.635.502 (Anexo 2).

4.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os médicos e residentes presentes nas Unidades Básicas de Saúde que aceitaram participar da pesquisa.

4.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo os médicos que entregaram questionários não preenchidos completamente ou termos de concordância livre e esclarecido não assinados. Também foram excluídos os profissionais que estavam de férias e as Unidades Básicas de Saúde fechadas durante o período da pesquisa.

4.7. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os valores amostrais foram calculados levando-se em consideração que há aproximadamente dois médicos por unidade de básica de saúde, estimando que 10% dos médicos trabalham com condições ideais para atendimento a pacientes cegos, surdos, mudos e/ou com deficiências motoras, adotando-se um erro amostral de 5% e assumindo um nível de confiança de dois desvios padrão, chegou-se a uma amostra representativa de 47 médicos distribuídos pelas unidades de saúde supracitadas. Para o cálculo foi utilizada a fórmula para amostra finita de Levin (1987).

Os resultados foram expressos como número absoluto e porcentagem para cada item de cada pergunta constante do questionário.

5. RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde de Anápolis com o intuito de compreender as dificuldades do profissional médico em atender pacientes com deficiência física (visual, auditiva, de fala e motora). Os questionários foram aplicados a médicos e os resultados foram apresentados de acordo com cada deficiência avaliada e a estrutura física geral de cada unidade básica de saúde.

5.1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Como demonstrado na Tabela 1, foi avaliado o atendimento dos profissionais à pacientes portadores de alguma deficiência auditiva e observou-se que 88,4% já prestou atendimento à pacientes com deficiência auditiva. Porém, apenas 19,5% dos médicos relataram o uso do método oficial de comunicação, que é a linguagem de Libras. Os profissionais relataram que para sanar a dificuldade de comunicação com o paciente foi utilizado método de leitura labial (63%) e a comunicação escrita (45,6%), métodos esses que não são oficiais para a comunicação com pessoas com deficiência auditiva. Tais dados demonstram falha na comunicação durante a consulta, levando uma falha na relação médico-paciente, porém 98% dos médicos afirmam que conseguiram prestar assistência aos

pacientes. Mesmo os médicos relatando não haver falha no processo de comunicação, 92% dos profissionais entrevistados desejam realizar um treinamento para desenvolver técnicas de atendimento específico de pacientes com deficiência auditiva.

Tabela 1 - Número e Proporção de médicos que relatam terem prestado assistência médica à pacientes com deficiência auditiva, segundo número de assistências, forma de realização e dificuldades encontradas.

	SIM n (%)	NÃO n (%)
Já prestou assistência a pacientes surdos e/ou mudos?	46 (88,4)	6 (11,5)
No atendimento aos pacientes surdos, havia um acompanhante que ajudasse na comunicação?	34 (73,9)	12 (26,1)
Foi utilizado a Libras para comunicação?	9 (19,5)	37 (80,5)
Foi utilizada leitura labial para comunicação?	29 (63)	17 (37)
Foi utilizado método de escrita para comunicação?	21 (45,6)	25 (54,4)
Você conseguiu prestar assistência ao paciente surdo?	45 (97,8)	1 (2,2)
Você acha que deveria participar de um treinamento específico para atender pacientes com deficiência auditiva?	48 (92)	4 (8)

FONTE: Elaborada pelos autores.

5.2. DEFICIÊNCIA VISUAL

Quando se avaliou o atendimento prestado às pacientes portadores de deficiência visual como descrito na Tabela 2, percebeu-se que 73% dos médicos afirmaram já ter realizado atendimentos, porém, apenas 2,7% dos médicos relataram a utilização de Braile durante a consulta e nenhum deles relatou que dispunha de matérias de leitura em Braile, para facilitar o entendimento do paciente. Em relação à utilização de métodos alternativos de comunicação com o paciente deficiente visual, 81% afirmaram ajudar o paciente a utilizar os outros sentidos para a compreensão, além disso, 64% relataram reduzir seu comportamento não verbal durante a consulta. Porém, apenas 8,1% dos médicos ofereceram lente de aumento ou óculos de prisma quando necessário. Ao serem questionados sobre o êxito na realização do atendimento ao paciente deficiente visual, 100% dos profissionais responderam que sim, contudo 90% afirmaram a necessidade de treinamento específico para o atendimento de pessoas com deficiência visual.

Tabela 2 - Número e Proporção de médicos que relatam terem prestado assistência médica à pacientes com deficiência visual, segundo número de assistências, forma de realização e dificuldades encontradas.

	SIM n (%)	NÃO n (%)
Já prestou assistência a pacientes cegos?	38 (73)	14 (27)
No atendimento aos pacientes cegos, havia um acompanhante que ajudasse na comunicação?	35 (92,1)	3 (7,9)
Foi utilizado o Braille para a comunicação?	1 (2,7)	37 (97,3)
Há oferecimento de material em Braille para leitura e entendimento do paciente, quando apropriado?	0	37 (100)
Há oferecimento de lente de aumento ou óculos em prisma ao paciente, quando apropriado?	3 (8,1)	34 (91,9)
Você tenta reduzir seu comportamento não verbal (sorrisos, movimentos da cabeça, acenações, etc.) para expressar-se verbalmente?	14 (36,8)	24 (63,2)
Você auxilia o paciente a “ver” por outros sentidos?	30 (81)	7 (9)
Você conseguiu prestar assistência ao paciente cego?	38 (100)	0
Você acha que deveria participar de um treinamento específico para atender pacientes com deficiência visual?	46 (90)	5 (10)

FONTE: Elaborada pelos autores.

5.3. DEFICIÊNCIA MOTORA

De acordo com os resultados em relação à assistência médica a paciente com deficiência motora, descritos na Tabela 3, os médicos relatam que já realizaram esse tipo de atendimento (87,7%). Em relação à presença de dificuldade no atendimento do paciente, englobando principalmente dificuldade em realizar a anamnese e o exame físico, 75,5% dos profissionais afirmaram ter enfrentado desafios nesse atendimento, porém 100% dos profissionais declararam que foi possível realizar o atendimento.

Tabela 3 - Número e Proporção de médicos que relatam terem prestado assistência médica à pacientes com deficiência motora, segundo número de assistências, forma de realização e dificuldades encontradas.

	SIM n (%)	NÃO n (%)
Já prestou assistência a pacientes deficientes físicos motores?	43 (87,7)	6 (12,3)
É comum haver dificuldade no atendimento (anamnese e exame físico) de pacientes deficientes motores?	34 (75,5)	11 (24,5)
Você conseguiu prestar assistência ao paciente deficiente motor?	52 (100)	0

FONTE: Elaborada pelos autores.

5.3.1 Perspectiva médica em atender pacientes com deficiência motora

Os médicos também foram questionados sobre sua percepção pessoal em relação a esses atendimentos, como demonstrado na Tabela 4. Dos médicos entrevistados, 36% relataram que não se sentiram confortáveis em relação ao atendimento, e 71,2% deles revelaram não haver falta de paciência de nenhuma parte, tanto do médico quanto do paciente durante o atendimento.

Tabela 4 - Perspectiva pessoal do médico em relação ao atendimento de pacientes portadores de deficiência física.

	SIM n (%)	NÃO n (%)
Você se sentiu confortável nesses atendimentos?	32 (64)	18 (36)
Em algum momento houve falta de paciência de alguma parte? (médico ou paciente?)	15 (28,8)	37 (71,2)

FONTE: Elaborada pelos autores.

5.4. ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Quando avaliado a acessibilidade de pessoas com deficiência motora às Unidades Básicas de Saúde, relatada na Tabela 5, percebeu-se que 88,4% delas possuem rampas, como meio de acesso ao interior do local. Dos 11,6% restante, que possui a escada como meio de acesso, 80% parecem ter corrimão para o auxílio da locomoção. Quando avaliado o trânsito de pessoas no local de atendimento, 73% dos médicos responderam que o local possui portas com largura superior a 0,80m, o que favorece a acessibilidade desses pacientes às salas de atendimento.

Quando avaliada a estrutura para o auxílio a pessoas portadoras de deficiência visual, dentro das unidades, os profissionais relataram que nenhum estabelecimento avaliado apresenta portas em sistema de vai-e-vem dotadas de sensor visual, 48% das UBSs não possuem os trilhos de portas rebaixados e cerca de 46% delas não possuem os pisos regulares, estáveis e antiderrapantes adequados. Quando avaliado o espaço para locomoção, 67,3% dos médicos responderam que o local possui áreas de circulação coletiva livre para circulação, sem obstáculos e com 1,20m de largura no mínimo.

Associando a estrutura física das unidades e a recepção do paciente deficiente visual nesse ambiente, como demonstrado na Tabela 6, percebe-se que 92,3% das UBSs não apresentam painel eletrônico para o chamamento do paciente nem figuras para sinalização de rotas de fuga e emergências e apenas 1 médico relatou ter funcionários com curso de capacitação específico para recepcionar esses pacientes na Unidade. Além disso, 67,3% dos médicos responderam que o local de assistência não possui informações visuais nas portas internas.

Para os pacientes com deficiência auditiva, 32,7% dos funcionários da equipe de recepção sabem utilizar Libras, 56,5% das unidades não apresentam o símbolo internacional

de surdez exposto, 17,3% possuem um atendimento prioritário para esses pacientes, 69,2% dos locais ainda não apresenta sistema de marcação de consultas pela internet e nenhuma Unidade Básica de Saúde apresenta central telefônica para deficientes auditivos, 3,8% da unidade oferecem intérprete de Libras.

Por fim, para os pacientes com deficiência visual, 94,2% das unidades não possuem placas sinalizadoras em Braille, para auxiliar os pacientes com essa deficiência, e 90,6% não possuem pisos táteis que permitem a compreensão na locomoção interior dessas pessoas.

Tabela 5 - Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o relato dos profissionais médicos, segundo ABNT NBR 9050, 2004.

	SIM n (%)	NÃO n (%)	NÃO SEI n (%)
O acesso ao interior da Unidade Básica é feito por escadas?	5 (9,6)	46 (88,4)	1 (2)
Se sim a pergunta anterior, ela possui corrimão?	4 (80)	1 (20)	0
Possui rampa de acesso para portadores de deficiência física?	43 (87,7)	5 (10)	1 (2,3)
As áreas de circulação possuem portas com largura livre de 0,8m?	38 (73)	7 (13,5)	7 (13,5)
As portas são de vai-e-vem, dotadas de sensor visual?	0	51 (98)	1 (2)
As portas de correr possuem trilhos rebaixados?	21 (40,3)	25 (48)	6 (11,7)
Os pisos possuem superfície regular, estável, firme e antiderrapante?	24 (46,1)	24 (46,1)	4 (7,8)
As áreas de circulação coletiva possuem no mínimo 1,20m de largura e livres de obstáculos?	35 (67,3)	10 (19,2)	6 (18,8)

FONTE: Elaborada pelos autores.

Tabela 6 - Estrutura das Unidades Básicas de Saúde.

	SIM n (%)	NÃO n (%)	NÃO SEI n (%)
A equipe de recepção sabe distinguir o que é Libras?	17 (32,7)	21 (40,3)	14 (26,9)
O símbolo internacional de surdez está exposto no local?	1 (1,9)	45 (56,5)	6 (11,5)
Há atendimento prioritário para deficientes auditivos?	9 (17,3)	39 (75)	4 (7,7)
Há sistema de marcação de consultas pela internet?	13 (25)	36 (69,2)	3 (5,7)
Há central telefônica para deficientes auditivos?	0	39 (75)	13 (25)
O “chamamento” ao consultório é eletrônico visual?	3 (5,7)	48 (92,3)	1 (1,9)
Há sinalização de rotas de fuga e saídas de emergências em texto e figuras associadas?	4 (76,9)	43 (82,6)	5 (9,6)
A unidade disponibiliza intérprete de libras durante o atendimento?	2 (3,8)	50 (96,1)	0
Nas portas internas constam informações visuais? Como número da sala, função, etc.?	16 (30,8)	36 (69,2)	0
Algum dos funcionários têm curso de capacitação acerca de deficientes auditivos?	1 (1,9)	35 (67,3)	10 (19,2)
Nas placas de sinalização da unidade possui Braille para pacientes com deficiência visual?	0	45 (94,2)	7 (5,8)

Na unidade possui pisos táteis para facilitar a locomoção de pacientes com deficiência visual?	0	49 (90,6)	3 (9,4)
--	---	-----------	---------

6. DISCUSSÃO

O presente estudo trouxe informações importantes sobre os atendimentos a pacientes com diversas deficiências, no Sistema Único de Saúde, na cidade de Anápolis/Goiás.

Em relação à deficiência visual, o estudo revelou que grande parte dos entrevistados já prestou assistência a esses pacientes. Observou-se que uma minoria fez uso do Braille no atendimento, dependendo quase totalmente da presença do acompanhante do paciente no auxílio da prática médica. Em relação ao oferecimento de materiais de leitura em Braille nenhum entrevistado revelou oferecer, além de que, o oferecimento de lente de aumento quando apropriado, aconteceu em uma diminuta parcela dos entrevistados comprovando a deficiência de ferramentas utilizadas por médicos no atendimento de pessoas com deficiência visual. O estudo de Nascimento, et al (2009), revelou que o acesso ao Braille ainda é muito precário, demonstrou que grande parte de seus entrevistados não conseguiram aprender o sistema de linguagem e apenas uma minoria declarou ler e escrever bem. Cabe destacar que alguns fatores interferem no processo do aprendizado do Sistema Braille como o estímulo pessoal em aprender, o apoio das outras pessoas, a idade que se inicia o aprendizado, o grau de desenvolvimento ou desgaste do tato e a forma do aprendizado. Dessa forma, em comparação com o estudo citado, mesmo que os materiais estivessem à disposição nas UBS visitadas, provavelmente seu uso não seria bem aproveitado.

O estudo de Stefanelli, M.C; Carvalho, E.C. D; Arantes, E.C (2005) relata que ao estabelecer uma comunicação eficiente com estes pacientes, o profissional permite a personalização da assistência e oferece um cuidado competente, humanitário e necessário. Além disso, ao intervir na melhora da comunicação, o profissional ajuda o paciente a sentir-se digno e capaz de solucionar seus problemas. Por isso, faz-se tão necessário o auxílio de qualquer outro método que favoreça o entendimento do paciente, incluindo estimular o paciente a compreender utilizando outros sentidos, pouco usado pela maioria dos entrevistados do nosso estudo.

No presente estudo, muitos médicos confirmam não reduzir o comportamento não verbal, trazendo a possibilidade de gerar lacunas na completa interpretação e entendimento

do paciente. Já no estudo de Fravetto, et al (2008) observou-se que a atividade de reduzir o comportamento não verbal foi assinalada como atividade realizada por a maioria dos enfermeiros estudados, evidenciando sua validade. Além de demonstrar que os pacientes portadores de deficiência visual não podem perceber as mensagens enviadas na forma não verbal, como gestos e expressões faciais, que por vezes complementam o significado do que é verbalizado. Portanto, o profissional deve estar atento às suas expressões gestuais, pois estas podem não combinar com o que está sendo expresso verbalmente.

É importante ressaltar que embora a maioria dos médicos entrevistados não utilize das ferramentas oficiais para o atendimento, seja por falta de conhecimento, seja por falta dos materiais, uma minoria respondeu não precisar de treinamento adequado para atender esse tipo de paciente, demonstrando desinteresse em adquirir conhecimentos acerca desse tema. Além disso, deve-se atentar a necessidade de ambientes preparados para estes sujeitos, reduzindo, inclusive, barreiras físicas à vida social, afinal a falta de comunicação e acesso inadequados não garante o pleno atendimento médico que deveria, visto que isso seja um direito universal, como é elucidado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008).

Já em relação à deficiência auditiva, segundo o estudo de Chaveiro et al (2009), uma comunicação efetiva entre médico e pacientes surdos é primordial, principalmente levando em conta a possibilidade de erros no diagnóstico e tratamento de doenças quando a relação não é adequada. Ao contrário disso, como foi visto neste estudo, a maioria dos médicos não estão suficientemente preparados para cuidar do paciente. Grande parte dessa falha se dá pela forma em que se é ensinado nas Universidades de Medicina no Brasil, já que o currículo acadêmico não engloba as habilidades necessárias para atender essa população, como afirma Levino et al (2013). É possível observar, no presente estudo, que apenas uma pequena parte dos médicos entrevistados possuem conhecimento sobre LIBRAS, o que fere a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002), que diz que é direito ter um atendimento médico efetivo.

Na tentativa de estabelecer uma comunicação com o paciente, muitos médicos relatam utilizar leitura labial e a escrita durante a consulta, uma alternativa falha, pois os sinais arbitrários podem não fazer o mesmo sentido para o surdo e para o ouvinte, além de que alguns dos pacientes podem não saber escrever (COSTA; SILVA, 2012). Esses resultados são corroborados pelo estudo de Nascimento et al. (2015), que também encontrou dificuldades na assistência ao paciente com deficiência auditiva sendo que, uma parcela de profissionais de saúde entrevistados usa a comunicação verbal-oral no atendimento ao surdo e uma minoria significativa utiliza Libras.

Dentre os vários fatores a serem considerados no atendimento ao paciente com deficiência auditiva, um dos fatores que mais possui influência na qualidade da assistência à saúde desses pacientes, é a não-consciência de quem é a pessoa portadora da deficiência e a falta de conhecimento da comunicação não-verbal. É inegável a necessidade de uma melhor comunicação dos médicos com pacientes deficientes auditivos, porém essa busca continua negligenciada nos sistemas de saúde (CHAVEIRO et al., 2009).

No que diz respeito ao atendimento de pessoas com deficiência de fala, os desafios a serem enfrentadas são enormes. O estudo de Ferreira (2019) apresenta que a maioria dos profissionais da área de saúde asseguram não saber conduzir uma consulta de um paciente com deficiência de fala, já que não sabem se expressar e tampouco entender o método de Libras. Além disso, é necessário que em uma equipe de Atenção Básica de Saúde haja um intérprete de Libras, não sendo dispensável a presença de um familiar que já tem intimidade e consegue se comunicar com o paciente.

Em algumas cidades, como Salvador, a implementação de serviços de fonoaudióloga em Unidades Básicas de Saúde trouxe benefícios na qualidade do atendimento de pessoas com deficiência de fala. Apesar da dificuldade de acessibilidade desse serviço em toda a cidade, a terapia em grupo com fonoaudiólogos mostrou significativa melhora da comunicação entre pessoas com deficiência de fala e a equipe de saúde local, mostrando a importância e o impacto da equipe multidisciplinar no atendimento desse tipo de paciente. As equipes médicas relataram conseguir atender melhor às expectativas desses pacientes após a implementação do serviço de fonoaudióloga nas Unidades referidas ao estudo (BAZZO; NORONHA, 2009).

Ao analisar os desafios no atendimento à pessoa com deficiência motora, há uma facilidade no atendimento uma vez que, diferente das outras deficiências supracitadas, não há dificuldade de comunicação entre o paciente e o médico, havendo a permanência do canal aberto para interlocução e o uso da linguagem tradicional de costume, verbal e não verbal, como apresentado por Tuon; Ceretta, (2017). Entretanto, a comunicação, unicamente, não soluciona possíveis dificuldades no exame físico, que se não realizado de forma adequada gera grandes implicações na capacidade resolutive dos serviços prestados.

O estudo de Interdonato; Greguol, (2011) demonstra a visão dos pacientes que referiram não ter uma inclusão social bem estabelecida na assistência à saúde por falta de profissionais qualificados ou até mesmo por discriminação. Isso vai de encontro ao que foi demonstrado pelo nosso estudo que 100% dos profissionais afirmam que conseguiram prestar atendimento ao paciente com deficiência motora. Entretanto, é importante ressaltar que são duas perspectivas diferentes, a do paciente versus a do profissional. Alguns profissionais

julgam atendimentos como efetivos limitando-os aos aspectos técnicos da medicina. Isto é, tratando a doença atual com suas competências técnicas e talvez por isso todos considerem um atendimento efetivo, quando na verdade podem ser limitados no amparo psicológico e emocional, principalmente do ponto de vista do paciente. Dessa forma, questiona-se uma medicina mais técnica que humana, uma vez que a abordagem médica na maioria das vezes é objetiva como nos livros, porém é verdade que fatores emocionais alterados também podem complicar a condição do paciente (MISSEL et al., 2017).

O outro ponto sobre a assistência, avaliado por Othero; Dalmaso (2008), é que as unidades não promovem ações específicas voltadas aos deficientes motores, havendo pouca participação desses pacientes em grupos educativos, reflexivos e terapêuticos ou em outras atividades comunitárias desenvolvidas. Essa realidade diverge das políticas de inclusão desses pacientes. Nesse contexto é necessário criar possibilidades de reinvenções e transformações dessa perspectiva, inserindo serviços de saúde mais completos e ações em saúde inclusivas.

Vale ressaltar que não foi encontrado muitos estudos sobre a perspectiva do médico aos desafios no atendimento à pessoa com deficiência motora. A grande maioria deles fazem análises e discussões sobre a acessibilidade desse paciente ao local de assistência à saúde, impedindo uma boa inclusão ao atendimento médico, o que será discutido no tópico de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde.

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que consiste na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência e a Lei nº 10.098 (BRASIL, 2000), são mecanismos governamentais para garantir a acessibilidade, autonomia e segurança às pessoas com deficiência em estabelecimentos de saúde. Entretanto, como foi possível observar no presente estudo, ainda existem barreiras a serem transpostas quando se avalia o atendimento a pacientes com diversos graus de deficiência locomotora.

Tais dificuldades de acesso são chamadas por Siqueira (2009), de barreiras arquitetônicas, que consistem em toda e qualquer barreira que impede a movimentação adequada desse grupo de pacientes. Tal estudo mostrou preocupação quanto às estruturas dos estabelecimentos de saúde em algumas cidades das regiões sul e nordeste do Brasil, sendo, principalmente, a ausência de rampas, falta de corrimão, ausência de sinalizações e áreas de circulação livres. Diferentemente do presente estudo, o qual demonstrou que mais de 80% das unidades básicas de saúde, avaliadas, não possuíam escadas, e aquelas que tinham se beneficiam de corrimão, e mantinham uma área de circulação larga

Convergindo com os resultados observados por Siqueira (2009), o estudo de Nascimento (2012) discorre sobre a presença de barreiras visíveis e invisíveis. Sendo as

barreiras visíveis os impedimentos concretos e estruturais e as barreiras invisíveis a forma como os profissionais lidam com o paciente portador de deficiência. O estudo de Nascimento (2012) demonstrou que mais da metade dos prédios das UBS, de Barra do Garças – MT, não são adequados para o acesso dessas pessoas, uma vez que não existem rampas de acesso, corrimão e portas largas de acesso. O estudo de França (2005) analisou a região paraibana do Brasil, e observou padrão semelhante em relação à falta de acessibilidade pela presença de barreiras arquitetônicas visíveis das unidades básicas de saúde da Paraíba. Tais resultados foram divergentes dos observados no presente estudo, porém, é importante ressaltar, que o presente estudo apresenta a visão do profissional médico sobre a estrutura do ambiente de trabalho.

Dentre os pontos observados no presente estudo, é possível observar que um dos os maiores problemas estruturais das UBSs de Anápolis é a ausência de sinalizadores e símbolos referentes às deficiências, ou seja, estruturas físicas de acessibilidade interna, que facilitam e garantem uma melhor locomoção dentro do local. O estudo de Sousa (2016) também verificou dados semelhantes acerca de sinalizações internas nas UBSs de Imperatriz – MA. Tal estudo demonstrou que 97% dos locais de atendimento não possuíam caracteres em relevo, placas em Braille e pisos táteis, assim como o presente estudo, em que 94% dos profissionais médicos relataram a ausência de tais mecanismos,

Convergindo com os resultados de Da Cruz (2019) que observou que apenas uma minoria cumpre com a existência de placas de Braille e outros meios de sinalização a esse tipo de paciente, assim como o presente estudo. Mostrando, por fim, que de acordo com o relato dos profissionais médicos, as instalações das UBS do município de Anápolis atendem às normas da NBR 9050 preconizadas pela ABNT (ABNT NBR 9050, 2004).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados colhidos no presente estudo é possível considerar que os profissionais médicos enfrentam dificuldades no atendimento a pacientes portadores de qualquer uma das quatro deficiências avaliadas, uma vez que a comunicação inadequada e a falta de especialização do médico impedem uma boa relação médico-paciente ou falha na técnica do exame físico, fomentando a questão de ser extremamente necessário a implementação de capacitações a esses profissionais. Poucos admitem que esse atendimento não seja de qualidade, o que torna difícil o processo de identificação e resolução do problema, como a implementação de cursos de libras, braile e ensinamentos técnicos que possam melhorar a assistência a pacientes com deficiência física, dentro da grade curricular do curso de medicina, favorecendo a capacitação de tais profissionais.

Além disso, foi possível perceber que por mais que algumas normas estruturais estejam sendo cumpridas ainda há grandes desafios a serem superados para se adequar o espaço físico das Unidades Básicas de Saúde, a fim de garantir acessibilidade a toda população e garantir a equidade no atendimento à saúde.

Por fim, muito ainda deve ser feito com relação aos serviços de saúde pública voltados a pessoas com deficiência. E ainda, é fundamental priorizar as necessidades das pessoas com deficiência, traçar objetivos visando à inclusão dos pacientes e à promoção da saúde. Enfim, é imprescindível alcançar a equidade na saúde e eliminar as disparidades existentes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2004. Rio de Janeiro, 2004.

ARAGÃO, J.S., et al. Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças e agravos em saúde expressos em LIBRAS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1014-1023, 2015.

BRASIL. **Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Acessibilidade**. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. — 264 p

BRASIL. Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Diário Oficial [**da República Federativa do Brasil**], Brasília.

BRASIL. Lei n.10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial [**da República Federativa do Brasil**], Brasília.

BRASIL. Lei n.13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial [**da República Federativa do Brasil**], Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BATISTÃO, G.T.; CHAVES, M.D.; OLIVEIRA G.J. Análise de dispositivos externos de acessibilidade nos serviços municipais de saúde: uma abordagem para deficientes físicos. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 4, 2015.

BAZZO, L. M. F; NORONHA, C. V. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiólogo no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 1553-1564, 2009.

BORGES, J.W.P., et al. Educação em saúde inclusiva: o enfermeiro como ledor de tecnologia educacional para um deficiente visual. **Cultura de los Cuidados**, v. 20, p. 145-156, 2016.

CANCINO C. M. H., et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais - percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes**. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.

CARDOSO, A. M. R., et al. O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: perspectivas dos cuidadores. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 4, p. 593-599, 2012.

CARVALHO, A.C.P., et al. Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 49, 2010.

CASTRO, S.S., et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 99-105, 2010.

CASTRO, S.S., et al. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 2, p. 128-134, 2012.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C.C.; ALVES B.M. Relação do paciente surdo com o médico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 1, 2009.

COSTA, L. S. M.; KOIFMAN, L. O Ensino sobre Deficiência a Estudantes de Medicina: o que Existe no Mundo? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 53-58, 2016.

COSTA, L.S.M.; SILVA, N.C.Z. Desenvolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes de medicina na atenção em saúde de pessoas surdas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 20, p. 1107-1117, 2012.

CURTI, L. M., et al. Habilidades pragmáticas em crianças deficientes auditivas: estudo de casos e controles. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo. vol. 15, n. 3. p. 390-394., 2010.

DA CRUZ, R. P., et al. Acessibilidade para pessoas com deficiência na atenção básica de saúde em Três Rios, Centro Sul Fluminense. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 18, n. 1, p. 95-104, 2019.

DE SOUZA, R.R.J.; DOS SANTOS, T.A. A importância do aprendizado da comunicação em libras no atendimento ao deficiente auditivo em serviço de saúde. **RENEFARA**, v. 3, n. 3, p. 184-191, 2012.

DIAS, J. P. **Projeto de sinalética para deficientes visuais focado em escolas de Ensino Fundamental e Médio**. 2017. Monografia (Graduação em Design) – Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, jun. 2017.

DUGGAN, A.; BRADSHAW, Y.S.; ALTMAN, W. How do I ask about your disability? An examination of interpersonal communication processes between medical students and patients with disabilities. **Journal of Health Communication**, v. 15, n. 3, p. 334-350, 2010.

FAVRETTO, D. O.; DE CARVALHO, E. C.; CANINI, S. R. M. S. Intervenções realizadas pelo enfermeiro para melhorar a comunicação com deficientes visuais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, n. 3, p. 68-73, 2008

FERREIRA, Y. C. S. As dificuldades dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica em prestar atendimento à Pessoa Com Deficiência (PCD) auditiva e/ou fala. **Revista Científica do Instituto Ideia**, v.1, n. 8, p. 233-250, 2019.

FRANÇA, C.R.; BORGES, J.A.; SAMPAIO, F.F. Tupi–Recursos de acessibilidade para educação especial e inclusiva dos deficientes motores. (In: Anais do Simpósio Brasileiro de Informática na Educação-SBIE). 2005; Juiz de Fora. Juiz de Fora (MG). UFJF; 2005. p.591-600.

FRANCA, I. S. X., et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 964-970, 2010.

GOMES, L. F., et al. Medical Doctors' Knowledge of Libras in the Federal District and Deaf Patient Health Care. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 551-556, 2017.

GONÇALVES, J. B. **Atendimento odontológico à pacientes com necessidades especiais: uma revisão de literatura**. 2016. Monografia (Pós Graduação em Atenção Básica á Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GOULART, B. N. G. D.; CHIARI, B. M. Prevalência de desordens de fala em escolares e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, 726-731, 2007.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, IBGE, 2010, p.1-215.

INTERNODATO, G. C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, v. 37, n. 3, p. 369-375, 2012.

KRAHN, G.L.; HAMMOND, L.; TURNER, A. A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, v. 12, n. 1, p. 70-82, 2006.

LAM, N.; LEAT, S.J. Barriers to access in glow-vision care: the patient's perspective. **Canadian Journal of Ophthalmology/Journal Canadian d'Ophthalmologie**, v. 48, n. 6, p. 458-462, 2013.

LEVINO, D.A., et al. Libras na graduação médica: o despertar para uma nova língua. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.37, n. 2, p. 291-297, 2013.

MACIEL, M. R. C. Portadores de Deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n 2, p. 51-56, 2010.

MINIHAN, P.M. et al. Desired educational outcomes of disability-related training for the generalist physician: knowledge, attitudes, and skills. **Academic Medicine**, v. 86, n. 9, p. 1171-1178, 2011.

MISSEL, A.; COSTA, C.C.; SANFELICE, G.R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 575-597, 2017.

NASCIMENTO, E. L.; MARQUES, L. A. M. O Deficiente Visual e a Atenção Farmacêutica. **LatAm J Pharm [Internet]**, v. 28, n. 2, p. 203-10, 2009.

NASCIMENTO, V. F. F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 753-766, 2012.

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**, v. 16, p. 219-234, 2012.

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 (Botucatu)**, vol. 13, n 28, p. 177-188, 2009.

PRATES, L. P. C. S.; MARTINS, V. O. Distúrbios da fala e da linguagem na infância. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4 Supl 1, p. S54-S60, 2011.

SCHIRMER, C. R., FONTOURA, D. R., NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 95-103, 2004.

SIQUEIRA, F. C. V., et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 39-44, 2009.

SOUSA, I. M. **Acessibilidade para Usuários com Deficiência nas Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz**. Imperatriz: UFMA, 2016. p. 78. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2016.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. [S.l: s.n.], 2012.

TIM, U. M., et al. Deficiência visual. **Ciência & Consciência**, v. 1, n. 0, 2010.

HANUS, J. S.; SILVA, C. B. A Deficiência Física no Adulto. In: Lisiane Tuon; Luciane Bisognin Ceretta. (Org.). **Rede de cuidado à pessoa com deficiência**. 1ed.Tubarão: Copiart, 2017, v. 1, p. 1-430.

VASCONCELOS, L. R., PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 494-500, 2006.

VIEIRA, C.M., et al. Comunicação e acessibilidade: percepções de pessoas com deficiência auditiva sobre seu atendimento nos serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 2, 2017.

VILLELA, E.M.B. O papel do serviço-escola de psicologia no atendimento ao deficiente visual. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 535-545, 2008.

WERTZNER, H. F., AMARO, L., TERAMOTO, S. S. Gravidade do distúrbio fonológico: julgamento perceptivo e porcentagem de consoantes corretas. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 2, p. 185-194, 2005.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO I

9.1.1 QUESTIONÁRIO PARTE A

DESAFIOS AO MÉDICO, PROFISSIONAL DA SAÚDE, EM ATENDER PACIENTES DEFICIENTES.

	SIM	NÃO
Já prestou assistência a pacientes surdos e/ou mudos?		
No atendimento aos pacientes surdos, havia um acompanhante que ajudasse na comunicação?		
Foi utilizado a Libras para comunicação?		
Foi utilizada leitura labial para comunicação?		
Foi utilizado método de escrita para comunicação?		
Você conseguiu prestar assistência ao paciente surdo?		
Você acha que deveria participar de um treinamento específico para atender pacientes com deficiência auditiva?		
Já prestou assistência a pacientes cegos?		
No atendimento aos pacientes cegos, havia um acompanhante que ajudasse na comunicação?		
Foi utilizado o Braille para a comunicação?		
Há oferecimento de material em Braille para leitura e entendimento do paciente, quando apropriado?		
Há oferecimento de lente de aumento ou óculos em prisma ao paciente, quando apropriado?		
Você tenta reduzir seu comportamento não verbal (sorrisos, movimentos da cabeça, acenações, etc.) para expressar-se verbalmente?		
Você auxilia o paciente a “ver” por outros sentidos?		
Você conseguiu prestar assistência ao paciente cego?		
Você acha que deveria participar de um treinamento específico para atender pacientes com deficiência visual?		
Já prestou assistência a pacientes deficientes físicos motores?		
É comum haver dificuldade no atendimento (anamnese e exame físico) de pacientes deficientes motores?		
Você conseguiu prestar assistência ao paciente deficiente motor?		
Você se sentiu confortável nesses atendimentos?		

Em algum momento houve falta de paciência de alguma parte? (Médico ou paciente?)		
---	--	--

QUESTIONÁRIO PARTE B

DESAFIOS NA ACESSIBILIDADE DO PACIENTE DEFICIENTE

	SIM	NÃO	NÃO SEI
O acesso ao interior da Unidade Básica é feito por escadas?			
Se sim a pergunta anterior, ela possui corrimão?			
Possui rampa de acesso para portadores de deficiência física?			
As áreas de circulação possuem portas com largura livre de 0,8m?			
As portas são de vai-e-vem, dotadas de sensor visual?			
As portas de correr possuem trilhos rebaixados?			
Os pisos possuem superfície regular, estável, firme e antiderrapante?			
As áreas de circulação coletiva possuem no mínimo 1,20m de largura e livres de obstáculos?			
A equipe de recepção sabe distinguir o que é Libras?			
O símbolo internacional de surdez está exposto no local?			
Há atendimento prioritário para deficientes auditivos?			
Há sistema de marcação de consultas pela internet?			
Há central telefônica para deficientes auditivos?			
O "chamamento" ao consultório é eletrônico visual?			
Há sinalização de rotas de fuga e saídas de emergências em texto e figuras associadas?			
A unidade disponibiliza interprete de libras durante o atendimento?			
Nas portas internas constam informações visuais? Como número da sala, função etc.			
Algum dos funcionários tem curso de capacitação acerca de deficientes auditivos?			
Nas placas de sinalização da unidade possui Braille para pacientes com deficiência visual?			

Na unidade possui pisos táteis para facilitar a locomoção de pacientes com deficiência visual?			
--	--	--	--

9.2 ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DO ATENDIMENTO MÉDICO DE PACIENTES DEFICIENTES FÍSICOS NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS

Pesquisador: CRISTIANE TEIXEIRA VILHENA BERNARDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14118619.6.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitario UniEvangélica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.635.502

Apresentação do Projeto:

Número do Parecer: 3.550.898

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Identificar os desafios para o atendimento aos pacientes deficientes visuais, auditivos, mudez e motores em Anápolis, comparando o grau de dificuldade entre os médicos das Unidades Básicas de Saúde da região norte, sul e central da cidade da cidade de Anápolis/Goiás.

Objetivo Secundário

- Caracterizar as dificuldades levantadas pelos profissionais médicos no atendimento de pacientes com deficiência visual, auditiva, mudez e/ou motora.

- Reconhecer as diferentes ferramentas utilizadas nos atendimentos a pacientes deficientes visuais, auditivos, mudos e/ou motor.

- Verificar as características do espaço físico que influencia no atendimento ao paciente deficiente visual, surdo, mudo e/ou motor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Número do Parecer: 3.550.898

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 3.635.502

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Número do Parecer: 3.550.898

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Número do Parecer: 3.550.898

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. PENDÊNCIAS

A) Corrigir a folha de rosto do projeto onde o diretor do curso de farmácia do Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA assinou o documento, pois o projeto de pesquisa apresentado é proposto pelo curso de medicina. Adequar. ANÁLISE: A folha de rosto foi adequado conforme a solicitação. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1351396.pdf	02/10/2019 14:37:24		Aceito
Outros	CartaResposta.doc	02/10/2019 14:36:54	ELIZANDRA FARIA DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	12/09/2019 17:47:01	CAROLINA PESSOA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_paginas.docx	12/09/2019 17:33:13	CAROLINA PESSOA RODRIGUES RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	18/05/2019 15:56:54	CRISTIANE TEIXEIRA VILHENA BERNARDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanunencia.jpeg	17/05/2019 16:59:27	BRUNA MORAES FARIAS DANTAS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 3.635.502

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 10 de Outubro de 2019

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))