

Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa

Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services – integrative review

Personas con deficiencias y tipos de barreras de accesibilidad a los servicios de salud - revisión integradora

Lívia Mara de Araújo¹; Antonia Eliana de Araújo²; Keila Maria de Azevedo Ponte³; Lourdes Claudênia Aguiar Vasconcelos⁴

Monografia: Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa, 2014, Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA

Como citar este artigo:

Araújo LM; Araújo AE; Ponte KMA; et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):549-557. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557>

ABSTRACT

Objective: To analyze the types of accessibility barriers found by disabled people on health services, using online journals, written between 2003–2013, as research source. **Methods:** This is an integrative review presented through six steps. By applying the inclusion criteria: full text available; Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean (LILACS) data base; Medical Literature Analysis, Retrieval System Online and Nursing database; disabled people as main subject; Portuguese language; publications between 2003-2013 and document in article format, 26 articles emerged. From these articles, 13 were analyzed, 02 did not discuss types of accessibility barriers on health services and 11 were repeated. **Results:** The emerging categories were the architectural, attitudinal and organizational barriers. **Conclusion:** The accessibility barriers can negatively influence disabled people in the seeking of health services.

Descriptors: Disabled people, Access to health services, Accessibility structures.

¹ E-mail: livia.mara@hotmail.com.

² E-mail: antoniaelianaaraujo@gmail.com.

³ E-mail: keilinhaponte@hotmail.com.

⁴ E-mail: lclaudenia2011@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: Analisar os tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde enfrentadas por pessoas com deficiências, através das publicações online dos anos 2003-2013 como fonte de pesquisa. **Métodos:** Trata-se de revisão integrativa apresentada por meio de seis etapas. Ao se aplicar os critérios de inclusão: texto completo disponível, base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e Base de Dados de Enfermagem, assunto principal pessoas com deficiência, idioma português, publicações dos anos de 2003-2013 e tipo de documento em artigo, emergiram 26 artigos. Desses, 13 foram analisados, 02 não abordavam os tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde e 11 estavam repetidos.

Resultados: Categorias emergentes foram as barreiras arquitetônicas, atitudinais, organizacionais. **Conclusão:** As barreiras de acessibilidade podem influenciar negativamente na busca das PcD aos serviços de saúde.

Descritores: Pessoas com deficiência, Acesso aos serviços de saúde, Estruturas de acesso.

RESÚMEN

Objetivo: Analisar los tipos de barreras de accesibilidad de los servicios de salud a las personas con deficiencia, a través de las publicaciones en línea en los años 2003-2013. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora presentada por medio de seis etapas. Al aplicar los criterios de inclusión: texto completo disponible, bases de datos Latino-Americana y de Caribe en Ciencias de la Salud, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online y Bases de Datos de Enfermería, asunto principal personas con deficiencia, idioma portugués, publicaciones de los años de 2003-2013 y tipo de documento em artículo, emergiran 26 artículos. De los cuales, 13 fueran analizados, 02 no abordaban los tipos de barreras de accesibilidad a los servicios de salud y 11 estaban repetidos. **Resultados:** Categorías emergentes fueran las barreras arquitectónicas, actitudinales, organizacionales. **Conclusión:** Las barreras de accesibilidad pueden influir negativamente en la búsqueda de las PcD a los servicios de salud.

Descriptor: Personas con deficiencia, Acceso a los servicios de salud, Estructuras de acceso.

INTRODUÇÃO

Percebe-se que diariamente as pessoas são expostas a vários fatores geradores de deficiência que acontecem devido a acidentes domésticos, de trânsito, de trabalho e violência urbana. Esses fatores de exposição humana, inerentes à rotina diária das pessoas, transformam a realidade social, a forma de vida e a aparência física. Isso faz com que as pessoas com deficiência física se percebam diferentes das demais.¹

Referidos fatores podem influenciar diretamente na vida das pessoas de forma que modifiquem suas relações interpessoais, culturais, sociais e individuais. Isso deve ser visto de forma abrangente para que os profissionais possam responder às necessidades individuais de maneira ampla e integral. Aparentemente o que caracteriza alguém com deficiência, quer seja a falta de visão, de audição ou qualquer limitação física, é ser aquele que se encontra fragilizado diante das condições e situações da vida diária. A grande dificuldade é a discriminação, muitas vezes iniciada den-

tro de casa, por meio de atitudes grosseiras ou por falta de conhecimento dos direitos e deveres.²

Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde compreendam as necessidades e as diferenças individuais que cada pessoa apresenta para que a temática seja abordada de maneira ampla e inclusiva. Portanto, é necessário compreender que deficiência e doença não são sinônimas e que algumas doenças poderão conseqüentemente acarretar alguma deficiência, porém, pessoas com deficiência ficam doentes em algum momento de suas vidas.³ Sendo assim, há a necessidade de capacitação profissional para atendimento inclusivo e integral.

Dessa maneira, a acessibilidade tem como objetivo proporcionar autonomia e mobilidade das pessoas, inclusive àquelas que tenham mobilidade reduzida ou dificuldade em se comunicar, para que utilizem os espaços com mais segurança, confiança e comodidade.⁴ Frente ao exposto, acessibilidade abrange a facilidade de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros cumprindo, também, os preceitos bioéticos da beneficência e da equidade⁵ e desponta das condições ambientais, das possibilidades de locomoção, desempenho nas atividades de vida diária, participação na sociedade e adequado relacionamento interpessoal.

As PcD ou mobilidade reduzida necessitam da interação constante com seu meio sociocultural.⁶ Diante disso, observa-se que espaços arquitetônicos acessíveis influenciam no processo do desenvolvimento de atividades diárias habituais e na relação interpessoal. Estes aspectos interferem diretamente na qualidade de vida das PcD. A inclusão das PcD requer adaptação e apoio das instituições e espaços públicos e privados diante das diferenças e das necessidades individuais dos sujeitos com deficiência ou necessidades especiais além do desenvolvimento de competências profissionais que podem ser consideradas o principal limite à prestação do cuidado inclusivo.⁷

Os profissionais tem importante participação no processo inclusivo, podendo desenvolver atividades e ações que promovam o atendimento de forma abrangente, qualificado e igualitário, pois, a enfermagem independente de sua área de atuação quer seja, na assistência hospitalar, na segurança do trabalho, no ensino, na pesquisa ou na atenção básica, está sempre contribuindo para a otimização da assistência. Portanto se observa que é importante o acompanhamento da enfermagem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência física.⁸

As PcD ou mobilidade reduzida necessitam da interação constante com seu meio sociocultural⁹. Diante disso, observa-se que espaços arquitetônicos acessíveis influenciam no processo do desenvolvimento de atividades diárias habituais e na relação interpessoal. Estes aspectos interferem diretamente na qualidade de vida das PcD.

Frente ao exposto, evidencia-se a necessidade de o enfermeiro direcionar o cuidado de enfermagem de maneira integral a todas as pessoas ou grupos de pessoas. Nesse contexto, aplica-se o cuidado às PcD. O cuidado é a essência do

trabalho para a Enfermagem, sendo necessário o conjunto de conhecimentos construídos no sentido de produzir um caminho para reflexão sobre o propósito, a expressão e o processo para seu desenvolvimento.⁷ Dessa forma, é importante a construção de conhecimento para a realização do cuidado por meio do embasamento teórico e reflexivo. Nesse contexto, durante as aulas práticas do internato e das vivências práticas de enfermagem nos serviços de saúde percebi o baixo fluxo de atendimento às pessoas com deficiências. Diante disso, surgiu o questionamento sobre quais os tipos de barreiras de acessibilidade encontradas por PcD relacionadas aos serviços de saúde existentes na literatura pertinente.

O estudo é relevante, pois proporciona aos profissionais de saúde, discentes e docentes a sensibilização acerca da temática “acessibilidade”, para que tenham uma visão crítica reflexiva das novas exigências do mundo contemporâneo que requer novas atitudes e novas posturas para ações de inclusão social e, também, para as pessoas com deficiências, pois ao despertar nos profissionais o olhar crítico-reflexivo, estes poderão contribuir para mais ações inclusivas, promovendo cuidado individual e direcionado para as necessidades das PcD.

O estudo tem como objetivo analisar os tipos de barreiras de acessibilidade das PcD aos serviços de saúde, por meio das publicações dos anos de 2003 a 2013.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo método de pesquisa, tem como objetivo agrupar e resumir resultados de pesquisas sobre determinada temática ou questão de forma reduzida e metódica contribuindo para melhor compreensão por meio da análise do fenômeno estudado.¹⁰

Desse modo, para a construção deste estudo de revisão integrativa foram seguidas seis etapas, que são descritas a seguir:¹¹

1ª etapa: estabelecimento da hipótese ou da questão da pesquisa que se constitui na elaboração da questão de pesquisa do tema delimitado para a construção da revisão integrativa e, posteriormente, a definição das palavras-chave para a estratégia de busca dos estudos.¹² Nesse sentido, o estudo tem como questão norteadora: Quais os tipos de barreiras de acessibilidade das PcD aos serviços de saúde encontradas nas publicações online nos anos de 2003 a 2013.

2ª etapa: busca ou amostragem na literatura, que aconteceu da seguinte maneira: Após a escolha do tema pelo pesquisador e a formulação da questão de pesquisa, iniciou-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão.¹¹ Para a busca dos artigos foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que é uma rede de gestão da informação intercâmbio de conhecimento e evidência científica em saúde, que se estabelece por meio da cooperação entre instituições e profissionais na produção, intermediação e uso das fontes de informação científica em saúde, em acesso aberto e universal online.¹³ Dessa maneira,

inicialmente realizou-se a busca na BVS utilizando-se do descritor *Acessibilidade aos serviços de saúde*, emergindo 55.013 resultados. Após isso, aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: texto completo disponível, base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), assunto principal pessoas com deficiência, idioma português, publicações dos anos de 2003-2013 e tipo de documento em artigo. Dessa forma 26 artigos foram encontrados. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos repetidos e que não apresentassem relação com os objetivos da pesquisa. Dos 26 artigos encontrados: 13 foram analisados, 02 não tratavam sobre pessoas com deficiência e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde e 11 estavam repetidos.

A **3ª etapa** é caracterizada como a coleta de dados na qual foi utilizado como instrumento de coleta um formulário para guiar com objetividade as informações dos artigos, apresentando os seguintes itens: título do artigo, periódico/revista, ano, descritores, local/cidade da pesquisa, base de dados, tipo de estudo e PcD e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde. O período de agrupamento dos dados e elaboração do estudo foi de setembro a novembro de 2014.

4ª etapa: análise crítica dos estudos incluídos, nesta fase, para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente¹¹. A análise deve ser realizada de maneira crítica, buscando explicações para os resultados diferentes. Cada estudo foi analisado quanto à questão norteadora por meio de uma leitura aprofundada e objetiva dos artigos. A análise crítica dos dados também foi realizada conforme conhecimento prévio da pesquisadora e da busca na literatura pertinente.

5ª etapa: discussão dos resultados, nessa etapa o pesquisador, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.¹¹ Dessa maneira, foi realizada uma síntese de conhecimento obtido elaborado por meio da conclusão dos resultados. A análise dos dados foi apresentada por meio de categorias, descrita como uma forma de operação de classificação de elementos constituídos por um conjunto, por diferenciação e, em seguida por reagrupar os critérios previamente definidos.¹⁴ As discussões foram ancoradas na literatura pertinente e fundamentadas com outros autores pesquisados.

6ª etapa: apresentação da revisão integrativa, esta etapa constitui-se da elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.¹¹ Os resultados e discussão dos dados foram apresentados de acordo com as seguintes categorias: Caracterização dos artigos; Barreiras arquitetônicas; Barrei-

ras atitudinais; Barreiras organizacionais. Realizou-se uma leitura detalhada dos artigos e análise dos assuntos cuja síntese do conhecimento foi apresentada por meio de figuras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentaram-se apresentam por categorização de acordo com os seguintes tópicos: barreiras arquitetônicas, organizacionais e atitudinais.

Barreiras arquitetônicas

Barreiras arquitetônicas são compostas por qualquer impedimento relacionado às construções urbanas ou às edificações, como, por exemplo, presença de escadas, buracos nas vias públicas, degraus altos, entre outros. Esta dificuldade também está presente nos serviços de saúde quando a estrutura de prédios é inadequada às necessidades das pessoas com deficiências.¹⁵

As barreiras causam impacto na vida das PcD, tais como redução de oportunidades, impedimento de expressar habilidades e de acesso aos serviços oferecidos pela cidade como cidadãos ativos e produtivos da sociedade.¹⁶ Dessa maneira, as barreiras têm influência no contexto do convívio social dessas pessoas, podendo provocar a exclusão e interferir no direito de ir e vir delas. Estudos mostram que as barreiras acontecem devido a ausência de rampas, espaços adequados entre os mobiliários das unidades de saúde de internação e banheiros com estruturas inapropriadas para atender as necessidades das PcD e favorecer a mobilidade delas.¹⁷ Corroborando com outros estudos que apresentam as seguintes barreiras arquitetônicas aos serviços de saúde, apontadas pelas pessoas com deficiências, ausência de rampas, de estacionamento, de estrutura adequada para a pessoa com deficiência se acomodar e sanitários inadequados.¹⁸

Diante disso apresentam-se como barreiras arquitetônicas: inadequação das calçadas e áreas próximas às Unidades de Saúde da Família (USF) que devem ser a porta de entrada aos serviços de saúde, resultando na precariedade da infraestrutura e interferindo no acesso aos espaços destinados à prestação de serviços.⁶ Percebe-se que estruturas fora dos padrões preconizados, como rampas, escadas e banheiros sem barras horizontais, presença de degraus na única porta de entrada se caracterizam como barreiras arquitetônicas que algumas vezes impossibilitam as PcD de buscarem atendimento em serviços de saúde.

Observa-se a existência de muitas barreiras arquitetônicas que impedem direta ou indiretamente o acesso das PcD aos serviços oferecidos pela sociedade, influenciando na promoção de sua saúde e no direito de exercer sua cidadania por meio da realização de atividades profissionais, comerciais e sociais. Nesse sentido estudos baseados em caracterizar as condições de acesso das pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde, constataram a presença de barreiras como ausência de calçadas, balcões de atendimento abaixo ou acima da altura preconizada pela Norma Bra-

sileira (NBR) 9050 da ABNT, inexistência de barras horizontais de apoio, portas fora dos padrões, espaço interno impossibilitando manobras necessárias às PcD e mobilidade física prejudicada.¹⁹

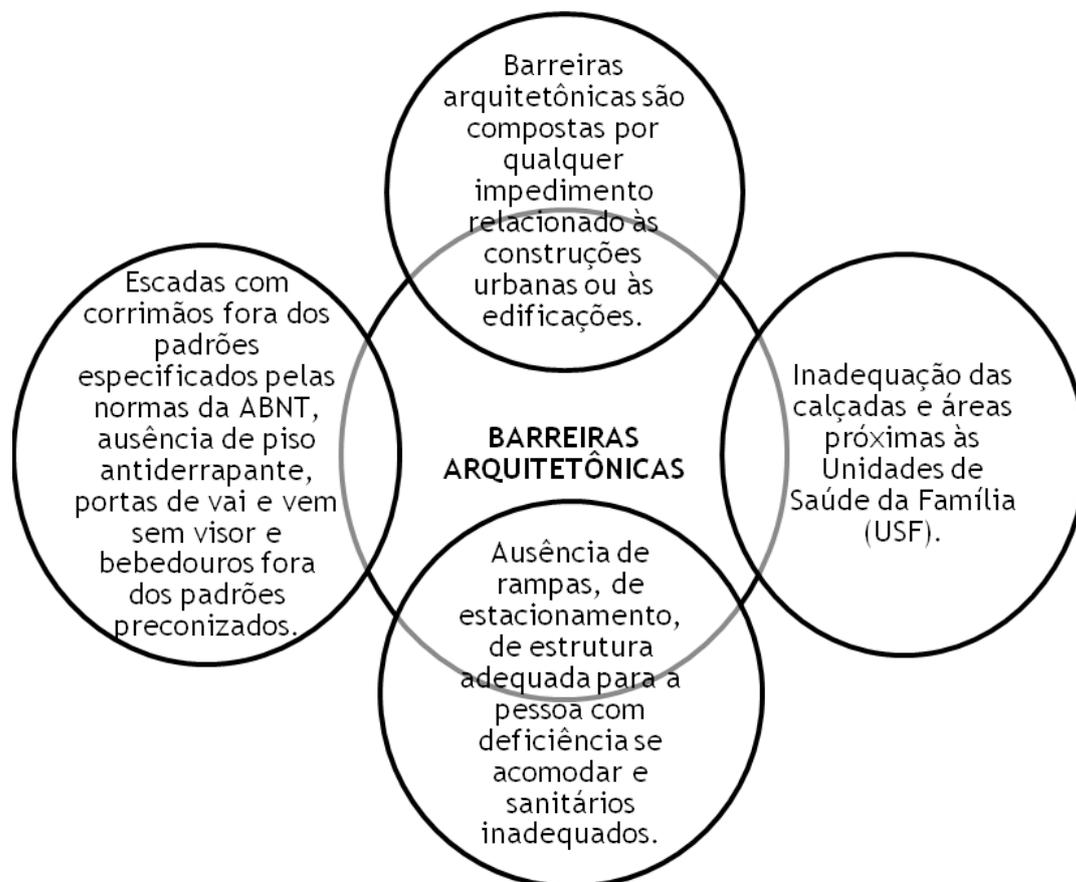
Dessa maneira, percebe-se a necessidade de adequação dos ambientes para garantir às PcD o direito de se locomoverem, essas barreiras seriam amenizadas por meio do cumprimento da legislação brasileira que rege as condições necessárias para a garantia da acessibilidade dessas pessoas aos serviços em geral, inclusive aos serviços de saúde. Nesse contexto, em pesquisa realizada sobre as barreiras físicas encontradas pelas PcD em áreas internas de quatro hospitais de Sobral-Ceará, apresentam-se as seguintes barreiras arquitetônicas: escadas com corrimãos fora dos padrões especificados pelas normas da ABNT, ausência de piso antiderrapante, portas de vai e vem sem visor e bebedouros fora dos padrões preconizados.²⁰

Corroborando com outros estudos que apontam as seguintes barreiras arquitetônicas: rampas íngremes, escadas, corredores estreitos e ausência de banheiros adaptados.²¹ Dessa maneira, observa-se a frequência com que as barreiras arquitetônicas foram encontradas nas pesquisas. Há ainda outro estudo que realizou mapeamento das barreiras arquitetônicas de acesso aos serviços básicos de saúde, e que também apontou esses tipos de barreiras arquitetônicas acrescentando a existência de trilhos sem nivelamento com o chão e dispositivo de descarga a uma altura superior à preconizada.²²

Diante disso, as barreiras arquitetônicas podem comprometer a garantia de acessibilidade aos serviços de saúde a toda a população, mas afeta principalmente as PcD. A retirada dos obstáculos à mobilidade nas edificações, o respeito e o cumprimento da legislação acerca das condições adequadas de acessibilidade proporcionaria melhores condições de acesso não somente a uma parte da população, mas à sociedade de maneira geral. Posto que as PcD possuem o direito de manter sua autonomia preservada, sendo capazes de tomar decisões relacionadas à sua vida, mas para isso é necessário que não sejam excluídas da sociedade²³ e a existência de barreiras interfere no exercício de sua autonomia.

Portanto, frente as barreiras apresentadas, o empoderamento, ou seja, pensamento crítico e reflexivo e participação social embasado no conhecimento acerca de direitos e deveres, é uma das ferramentas para promover a inserção social, possibilitando o alcance da independência das PcDs.¹ Pois é um exercício de reflexão sobre os fatores que compõem o seu meio ambiente, como também a tomada de iniciativa para melhorar sua própria situação.

Figura 1 – Síntese da categoria barreiras arquitetônicas



Barreiras atitudinais

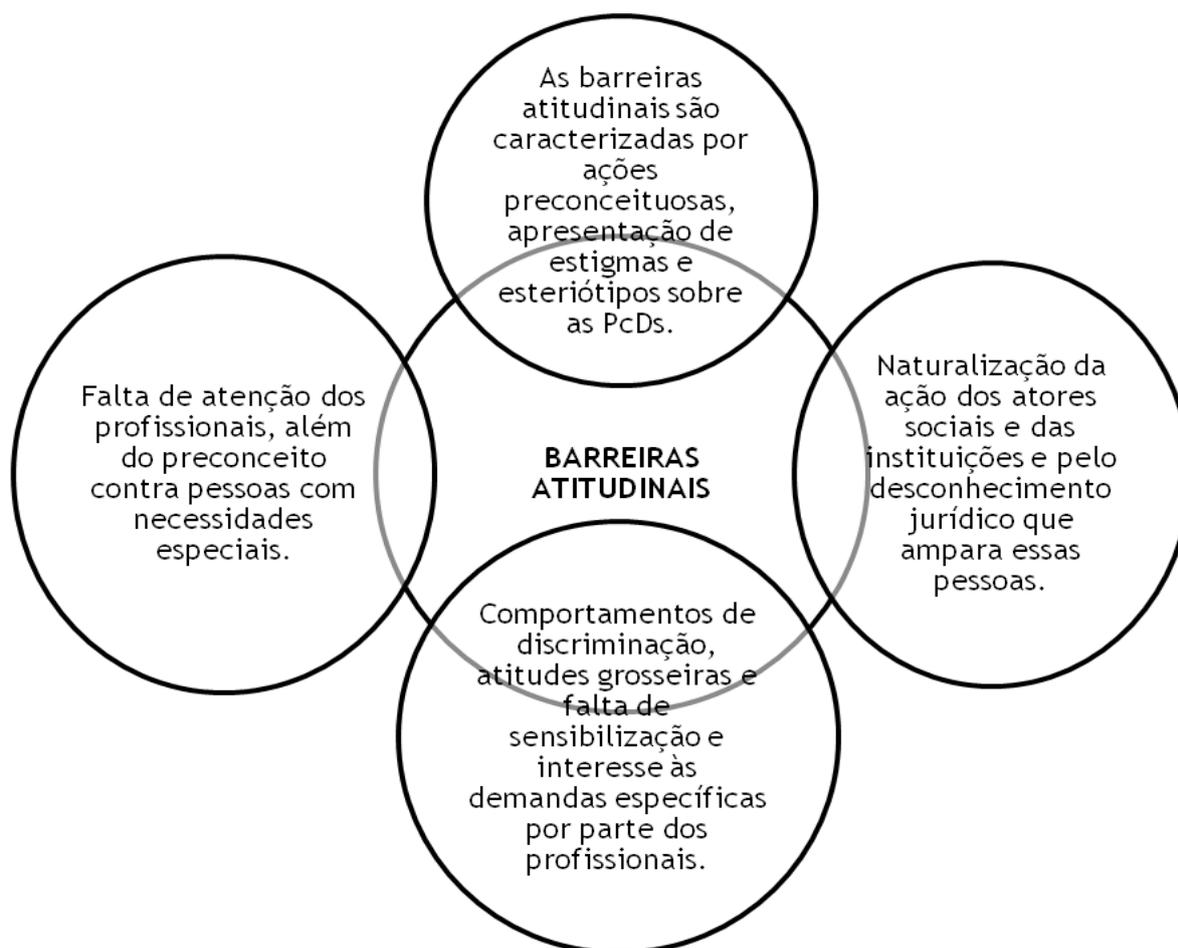
As barreiras atitudinais são caracterizadas por ações preconceituosas, apresentação de estigmas e estereótipos sobre as PcDs.¹⁶ Caracterizadas pelo desconhecimento da população a respeito das necessidades e dos direitos das PcD. A perpetuação das barreiras atitudinais na sociedade apresentadas em forma de discriminação, esquecimento, ignorância, preconceito, entre outras, fortalece os mecanismos de exclusão social das PcD e o reconhecimento de que essas barreiras representam obstáculos à participação na sociedade. Tais barreiras atitudinais não se restringem apenas às PcD, mas à própria diversidade humana.²⁴

Nesse sentido as barreiras atitudinais para as PcD representam violência simbólica pela naturalização da ação dos atores sociais e das instituições e pelo desconhecimento jurídico que ampara essas pessoas.¹⁹ Aborda-se, também, no estudo sobre violência simbólica no acesso das PcD às unidades básicas de saúde, a caracterização dessas barreiras que se apresentam pelo desconhecimento das competências e necessidades das pessoas com deficiências. Percebe-se que a falta de conhecimento acerca da temática e dos direitos que sanam as necessidades das pessoas com deficiências

influencia diretamente no desempenho de sua autonomia e caracteriza como barreira para o acesso aos serviços de maneira geral, incluindo os serviços de saúde. Nesse contexto apresentam-se as seguintes barreiras atitudinais: comportamentos de discriminação, atitudes grosseiras e falta de sensibilização e interesse às demandas específicas por parte dos profissionais.²⁵

Diante disso, é fundamental a conscientização e o conhecimento pelos profissionais acerca da temática para que desenvolvam ações e atitudes inclusivas por meio de acolhimento integrado, proporcionando ambientes adequados às condições da população de maneira geral, inclusive às PcD. O exposto está em consonância com outros estudos cujos resultados apresentam barreiras atitudinais como a falta de atenção dos profissionais, além do preconceito contra pessoas com necessidades especiais.²⁶ Portanto, esse tipo de barreira é significativamente influente na questão de acessibilidade aos serviços de saúde, interferindo na mobilidade do deslocamento e atingindo a dimensão psicológica dessas pessoas que, por causa disso, preferem abster-se dos seus direitos.

Figura 2 – Síntese da categoria barreiras atitudinais



Barreiras organizacionais

Frente ao exposto, observa-se que em paralelo foram apresentados aspectos relacionados à acessibilidade organizacional descrita como características do atendimento que facilitam o contato da população com os serviços. Dessa maneira, surgem as barreiras organizacionais que são caracterizadas como a demora no tempo de espera de marcação de consulta, existência de filas para marcar consultas, tempo de espera para atendimento, entre outras.²⁷

As barreiras organizacionais podem interferir na acessibilidade aos serviços de saúde, pois o processo de espera algumas vezes é inviável para as PcD. Nesse contexto estudos apontam que a existência de filas, indisponibilidade de vagas e a falta de adaptação dos profissionais para assistir as PcD influenciam na acessibilidade ao serviço de saúde, dificultando o acesso à busca de atendimento e assistência de saúde.⁹ Então, observa-se que a acessibilidade não inclui apenas o uso dos serviços, mas também a capacitação e adequação dos profissionais para assistir a demanda de acordo com suas necessidades.

Apresentam-se, também, as seguintes barreiras organizacionais: ausência de atendimento prioritário, elevado tempo

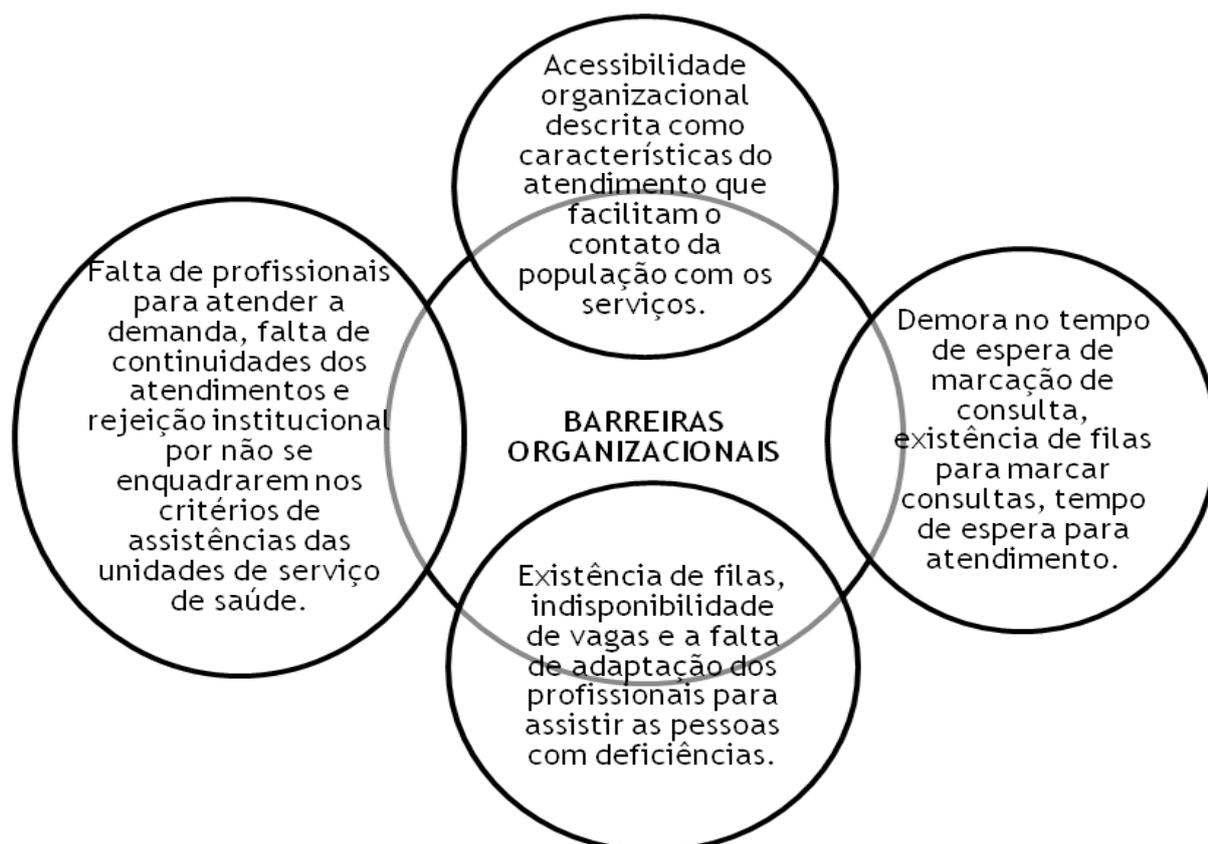
de espera para atendimento e dificuldade para marcação de consultas são consideradas limitações de acessibilidade aos serviços de saúde.⁶ De acordo com o exposto acima, percebe-se que tais barreiras dificultam o acesso aos serviços de saúde, além de causar desconforto às PcD que muitas vezes não conseguem esperar por muito tempo devido às limitações inerentes a elas. Encontrou-se, também como barreira organizacional, a falta de profissionais para atender a demanda, falta de continuidades dos atendimentos e rejeição institucional por não se enquadrarem nos critérios de assistências das unidades de serviço de saúde.²¹ Além disso, emergiram como barreiras organizacionais nos estudos o despreparo e a falta de capacitação profissional como causas das dificuldades das PcD procurarem os serviços de saúde.²¹ Diante disso considera-se a ausência de profissionais de saúde, como a categoria médica, e a demora no atendimento como entraves ao acesso aos serviços de saúde¹⁸, além da falta de capacitação dos profissionais em atender pessoas com deficiências.²⁸

Frente às barreiras citadas acima, percebe-se que as instituições de serviços de saúde necessitam de reestruturação organizacional, como realizar a contratação de profissionais

suficientes para atender a demanda e realizar educação permanente aos profissionais para que estes entendam a importância e a necessidade de atender de maneira inclusiva e respeitar as limitações das demandas que surgirem nos serviços em busca da assistência à saúde. Dessa maneira, mais uma vez discute-se a importância da capacitação, atuação e qualificação profissionais na participação em ações que propor-

cionem espaços e ambientes acessíveis não apenas para as pessoas com deficiência, mas para a população de maneira geral. Portanto, observa-se que a organização dos serviços de saúde necessita de estruturação, a fim de estabelecer e fornecer ambientes adequados e propícios ao atendimento e à prestação de serviços de saúde à população em geral, incluindo-se, assim, as PcD.

Figura 3 – Síntese da categoria barreiras organizacionais



CONCLUSÕES

A realização do estudo proporcionou uma análise acerca das barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde às PcD. Ou seja, a apresentação das barreiras encontradas nos artigos nos remete a refletir acerca das dificuldades enfrentadas pelas PcD e que algumas vezes não são percebidas pelos profissionais de saúde e pela população. De acordo com os resultados encontrados na pesquisa, a temática é pouco debatida nos meios científicos e, diante da condição física prejudicada, a prática profissional não é preparada para atender essa clientela que sofre com a falta de assistência especializada ou que ainda não tem acesso aos serviços de saúde por causa de barreiras arquitetônicas, atitudinais e organizacionais.

É importante o suporte por parte dos profissionais de saúde, inclusive do enfermeiro por meio de atividades de educação em saúde, ações e comportamentos inclusivos para

construir espaços acessíveis e proporcionar ambientes favoráveis à promoção da saúde das PcD. Além disso, é fundamental a participação dos gestores nesse processo de construção de espaços acessíveis que permeiam as estruturas arquitetônicas, as questões atitudinais e de organização dos serviços.

Nesse contexto há necessidade de avanço na forma de pensar, atender e assistir as PcD e esse processo deve ser interdisciplinar e inter setorial para que sejam traçadas estratégias afim de proporcionar a construção do acesso aos serviços de saúde e eliminar as barreiras que dificultam esse processo. Dessa forma, o estudo aborda a importância da sensibilização do profissional de saúde em relação às PcD. Esse cuidado implica em elaborar uma diversidade de ações para promover uma assistência integral. Observa-se, também, a importância da atuação da enfermagem para a construção de ambientes acessíveis e adequados para assistência

de saúde das PcD que, muitas vezes, não buscam os serviços de saúde por não possuírem condições adequadas.

Portanto, às vezes, demonstrações de atitudes acolhedoras, atenção e escuta qualificada tornam o ambiente mais favorável e acessível para atender as necessidades específicas das pessoas de modo geral, incluindo-se, assim, as PcD. O estudo possibilitou a ampliação de conhecimentos, pois se observou que, apesar da forte influência das barreiras arquitetônicas para o acesso das PcD aos serviços de saúde, existem barreiras como as atitudinais e organizacionais que por meio de ações simples podem proporcionar ambientes favoráveis acessibilidade não apenas das PcD, mas da população de maneira geral.

REFERÊNCIAS

1. Aragão AE A. Estratégias de empoderamento de pessoas com deficiência física para reivindicar espaços hospitalares acessíveis [Tese]. Fortaleza (CE): Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2010.
2. Gasparoto MC, Alpino ÂMS. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. *Rev bras educ espec*. [periódico na internet] 2012 jun [acesso em 2013 out 03]; 18 (2): [aproximadamente 18 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382012000200011&lng=en&nrm=iso>.
3. Bernardes LCG, Araujo TCCF. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. *Ciênc saúde coletiva* (Online) [periódico na internet] 2012 set [acesso em 2014 mar 12]; 17 (9): [aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900024&lng=en&nrm=iso>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 16p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf. Acesso em 13 Mar. 2014.
5. Barreto ICHC, Lira GV. A bioética e a Estratégia Saúde da Família. *Sanare* (Sobral, online) [periódico na internet] 2003 jan fev mar [acesso em 2015 abr 10]; 4 (1): [aproximadamente 4 p.]. Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Meus%20documentos/Downloads/109-201-1-SM%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Meus%20documentos/Downloads/109-201-1-SM%20(4).pdf).
6. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc saúde coletiva* (Online) [periódico na internet] 2012 nov [acesso em 2014 nov 09]; 17 (11): [aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a15.pdf>.
7. Pagliuca LMF, Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. *Rev bras enferm* (Online) [periódico na internet] 2012 out [acesso em 2014 mar 12]; 65 (5): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500020&lng=en&nrm=iso>.
8. Araújo LM, Abreu VC, Martins QPM, Aguiar VM, Abreu MF, Farias CD et al. Pessoas com deficiência físicas: acompanhamento de enfermagem e qualidade de vida. In *Anais do II Congresso Piauiense De Saúde Pública; 2012 ago 28-31; Luis Corrêa (PI), Brasil. Luis Corrêa(PI): NESP-PI; 2012. p 278.*
9. Aragão AEA, Gubert FA, Ponte KMA, Araújo LM, Pagliuca LMF. Empoderamento de pessoas com deficiência física: contribuições da enfermagem. In *Anais do 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2011 out 03-06; Maceió (AL), Brasil. Maceió (AL): ABEn-Seção-AL; 2011. p 9320.*
10. Guimarães JAF, Aquino PS, Pinheiro AKB, Moura JG. Pesquisa Brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. *Rev RENE*. [periódico na internet] 2012 mar [acesso em 2014 dez 14]; 13 (1): [aproximadamente 220-30 p.]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/34>.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. (Online) [periódico na internet] 2008 out-dez [acesso 2014 nov 08]; 17(4): [aproximadamente 758-64 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
12. Pompeo DA, Rossi LA, Galvao CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul. enferm*. (Online). [periódico na internet] 2009 ago [acesso 2014 dez 14]; 22 (4): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso>.
13. Bireme / Opas / Oms (org.). Guia da BVS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, Março 2011. Disponível em http://modelo.bvsalud.org/wp-content/uploads/Guia_da_BVS_2011_pt.pdf. Acesso em: 11 nov 2014.
14. Minayo MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, (RJ): Vozes; 2010. (Coleção temas sociais).
15. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Thumé E, Tomasi E. 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. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na internet] 2009 fev [acesso 2014 abr 27]; 14 (1): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009&lng=en&nrm=iso>.
16. Brasil, Ministério das Cidades. Implantação de sistemas de transportes acessíveis. cad. 05. -1 ed. – Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSEMOb/Biblioteca/BrasilAcessivelCaderno05.pdf>. Acesso em 07 nov 2014.
17. Aragão AEA, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência física aos serviços hospitalares. 1ª ed. Sobral (CE): Fundação Universitária de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNDECT; 2014.
18. Castro SS, Lefevre F, Lefevre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet] 2011 fev [acesso 2014 nov 08]; 45 (1): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011&lng=en&nrm=iso>.
19. Franca IX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev bras enferm*. [periódico na internet] 2010 dez [acesso 2014 out 17]; 63 (6): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600015&lng=en&nrm=iso>.
20. Pagliuca LMF, Aragao AEA, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm USP*. [periódico na internet] 2007 dez [acesso 2014 nov 08]; 41 (4): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400007&lng=en&nrm=iso>.
21. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período e 200 a 2006*. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [periódico na internet] 2010 set/dez [acesso 2014 set 10]; 21 (3): [aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14109/15927>.
22. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. [periódico na internet] 2006 dez [acesso 2014 nov 08]; 10 (3): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300019&lng=en&nrm=iso>.
23. Gironi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. gaúcha enferm*. (Online) [periódico na internet] 2011 jun [acesso 2014 out 17]; 32 (2): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200023&lng=en&nrm=iso>.

24. Guedes LC. Barreiras atitudinais nas Instituições de Ensino Superior: Questão de educação e empregabilidade [dissertação]. Pernambuco (PB): Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco; 2007. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/4563/arquivo5461_1.pdf?sequence=1. Acesso em 09 Nov 2014.
25. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRC. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc saúde coletiva (Online)* [periódico na internet] 2013 mar [acesso 2014 nov 08]; 18 (3): [aproximadamente 10p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000300032&lng=en&nrm=iso>.
26. Bim CR, Benato BS, Vicentim TK. Perfil dos deficientes atendidos pelos programas de saúde da família, do município de Guarapuava – Paraná. *Ciênc cuid saúde* [periódico na internet] 2007 ago [acesso 2014 nov 11]; 6 (2): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Meus%20documentos/Downloads/5335-15918-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Meus%20documentos/Downloads/5335-15918-1-PB%20(2).pdf).
27. Cunha ABO.; Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad saúde pública*. [periódico na internet] 2010 abr [acesso 2014 nov 12]; 26 (4): aproximadamente 13 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400015&lng=en&nrm=iso>.
28. Sales AS, Oliveira RF, Araujo EM. Inclusão da pessoa com deficiência em um Centro de Referência em DST/AIDS de um município baiano. *Rev bras enferm*. [periódico na internet] 2013 abr [acesso 2014 out 17]; 66 (2): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200009&lng=en&nrm=iso>.

Recebido em: 06/05/2015

Revisões requeridas: 17/09/2015

Aprovado em: 10/10/2016

Publicado em: 10/04/2018

Autor responsável pela correspondência:

Lívia Mara de Araújo

Rua Pedro Aurélio Carneiro, Nº: 1077

Bairro: Padre Ibiapina

CEP: 62023050

Email: livia.mara@hotmail.com