

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AVALIAÇÃO E PROJETO DE INTERVENÇÃO NA MELHORIA DO  
ACESSO A DEFICIENTES VISUAIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE**

Fernando Nunes da Silva  
César Augusto Carvalhal Altafim  
Araraquara, Fevereiro de 2015

## INTRODUÇÃO

Muitos consideram que a palavra 'deficiente' tem um significado muito forte, carregado de valores morais, contrapondo-se a 'eficiente'. Levaria a supor que a pessoa deficiente não é capaz; e, sendo assim, então é preguiçosa, incompetente e sem inteligência. A ênfase recai no que falta, na limitação, no 'defeito', gerando sentimentos como desprezo, indiferença, chacota, piedade ou pena. Esses sentimentos, por sua vez, provocam atitudes carregadas de paternalismo e de assistencialismo, voltadas para uma pessoa considerada incapaz de estudar, de se relacionar com os demais, de trabalhar e de constituir família. No entanto, à medida que vamos conhecendo uma pessoa com deficiência, e convivendo com ela, constatamos que ela não é incapaz. Pode ter dificuldades para realizar algumas atividades mas, por outro lado, em geral tem extrema habilidade em outras. Exatamente como todos nós. Todos nós temos habilidades e talentos característicos; nas pessoas com deficiência, essas manifestações são apenas mais visíveis e mais acentuadas.<sup>(1)</sup>

Diante disso, hoje em dia se recomenda o uso do termo 'pessoa portadora de deficiência', referindo-se, em primeiro lugar, a uma pessoa, um ser humano, que possui entre suas características (magra, morena, brasileira, etc.) uma deficiência – mental, física (ou de locomoção), auditiva ou visual. Atualmente as causas de visão subnormal podem variar de acordo com a região estudada, mas no geral temos como as principais causas a retinopatia da prematuridade, os distúrbios visuais como miopia, hipermetropia, ambliopia dentre outros, catarata não operada e as doenças retinianas decorrentes de doenças crônicas como HAS e DM. Além disso, devemos sempre ter um grau alto de suspeição desde a infância com visão subnormal, pois a cada 500 crianças, uma seria acometida.

Os objetivos da sociedade hoje em relação a essas pessoas não é simplesmente elevar o nível intelectual do indivíduo, mas sim reintegrá-lo na sociedade, nas atividades da vida diária não havendo separação entre os "deficientes" e os "não deficientes"<sup>(2)</sup>, sendo este um grande desafio pois a sociedade brasileira como um todo sofre com problemas de infra-estrutura nas cidades e é ainda pior nas periferias das cidades, justamente onde encontra-se meu local de trabalho e me deparo diariamente com calçadas danificadas, mal sinalizadas, muitas vezes com terra ou mato encobrindo mais da metade da calçada, obrigando o pedestre a utilizar a dividir a rua com carros, motos e bicicletas para seu deslocamento.<sup>(3)</sup>

Meu projeto vai além da esfera da saúde e entra no âmbito da mobilidade urbana em si para que haja não só uma adaptação de calçamento, sinalização fora da unidade de saúde, mas também em seu interior, com piso tátil e mapa tátil além de tapetes emborrachados para evitar quedas em idosos. Muitos usuários do nosso serviço de saúde não contam com acompanhantes durante o dia todo, sendo que muitas vezes o paciente acaba perdendo consultas médicas, pois ele não tem autonomia (ou confiança em si) para permanecer dentro do estabelecimento de saúde, apesar da ajuda da equipe, e prefere apenas passar em consulta quando está acompanhado.

Ademais, seria importante fortalecer o vínculo do paciente a unidade e elevar a confiança do indivíduo para que ele não se veja como “deficiente” e sim como uma pessoa que é portadora de uma deficiência, mas que apesar disso tal fato não interfira em suas outras “eficiências”, como por exemplo: uma pessoa que seja cega atualmente ela é praticamente “paraplégica”, pois não tem autonomia de locomoção sozinha.

Indo, além disso, temos que pensar no indivíduo como um todo, com possibilidade de orientação e mobilidade, de autonomia. <sup>(4)</sup> Para alcançarmos tais metas devemos inserir a comunidade como parte integrante desse projeto com discussões reais e plausíveis sobre como melhorar tais aspectos da vida de todos sendo importante destacarmos a articulação entre os papéis da família, escola e sociedade dentro desse contexto. <sup>(5)</sup> Diante do exposto venho através desse trabalho, analisar as diversas variáveis que integram essa readaptação e essa mudança na maneira de ver indivíduos com baixa acuidade visual e como podemos melhorar tais fatos no meu ambiente de trabalho visto que uma unidade de saúde assim como todos locais públicos, deveriam estar completamente adaptados a essa integração, fato esse que sabemos não ocorrer de maneira completa, infelizmente.

As adaptações ocorreriam ao redor da unidade, com sinalização adequada próxima a unidade até a porta de entrada do serviço e no momento de entrada com diminuição de informações desnecessárias, volume do ambiente adequado e sinalizações corretas.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo Geral:** O presente trabalho tem como finalidade a geração de um projeto de intervenção na unidade básica de Saúde da Família ledda que devolva a autonomia dos pacientes portadores de deficiências visuais para locomoção tanto dentro como fora da unidade, bem como aumentar a garantia de seguimento não apenas dessa população, mas também dos demais portadores de deficiências, como motoras e verbais.

**Objetivo Específico:** Além disso, implementar a melhor sinalização das vias de tráfego ao redor da unidade de saúde haja visto a segurança da população adscrita na unidade, melhorando assim o vínculo com os pacientes.

## **METODOLOGIA**

A unidade de Saúde PSF ledda, encontra-se no Município de Araraquara, localizado no interior do Estado de São Paulo, e conta com duas Equipes de Saúde da Família sendo que cada Equipe conta com 1 dentista, 1 enfermeira, 2 Técnicas de enfermagem, 1 Médico e 5 Agentes Comunitários de

Saúde (ACS), atendendo uma população de aproximadamente 4.000 famílias cada equipe. A cidade passa atualmente por um processo de reestruturação das unidades de saúde, com construção de aproximadamente 7 PSF novos e a reforma de outros 6.

Apesar de a unidade ser frequentada predominantemente por pessoas entre 20 – 45 anos, é visível que os portadores de deficiência e idosos com baixa visão, não frequentam a unidade por se sentirem desconfortáveis com tal situação, haja vista o grande número de Visitas Domiciliares (VD) solicitada pelos acompanhantes de tais pacientes. Tal população é de aproximadamente 15% dos usuários do serviço de saúde em estudo, porém a grau de utilização no ambiente descrito é baixo, girando em torno de 25%, e, além disso, o índice de faltosos em consultas médicas pode ser considerado alto haja vista que devemos implementar a equidade do serviço devido aos riscos adicionais que levaram tais pessoas a chegar a situação de portador de deficiência. Ou seja, quem mais precisa, são os que mais faltam em consultas médicas.

A unidade em questão, porém não apresenta a estrutura adequada para atendimento a essa população, principalmente aos cadeirantes e pessoas com outros tipos de deficiência, visto ser uma unidade pequena e mal estruturada, com distribuição inadequada dos utensílios de saúde tais como estantes para prontuários, armários do dentista e até mesmo balança para pesagem, sendo que os espaços para locomoção encontram-se muito estreitos e com objetos no caminho, o que gera dificuldade e receio de passagem em pessoas com baixa visão. Neste espaço particular o homem se apropria do espaço, impondo-o às suas necessidades, buscando encontrar sua identidade, fazendo prevalecer seu direito à privacidade e ao convívio familiar <sup>(3)</sup>. A unidade não apresenta rampas de acesso adequadas, sendo que sua entrada principal conta com um degrau de aproximadamente 15 cm de altura, não sinalizado; o piso até essa entrada apresenta-se de forma irregular, com rachaduras pelo caminho. Os banheiros para uso da população não se apresenta com o tamanho necessário para uma rotação de cadeira de rodas, sendo necessária para isso uma estrutura que permita uma rotação de 180 graus e para isso ela deve ter no mínimo 1,50m de largura sem obstáculos.

O projeto para intervir na unidade se baseia na portaria número 793 de 24 abril de 2012 do Ministério da Saúde no qual Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde <sup>(6)</sup>, e também no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) <sup>(7)</sup>. Tais documentos visam que a atenção ao serviço de saúde deve promover o respeito aos direitos humanos, garantir o acesso e a qualidade do serviço e promover a equidade. Para tanto, meu projeto seria composto de duas etapas distintas.

A primeira etapa seria a renovação da área externa da unidade de saúde com a reforma dos pisos e calçadas no entorno, com a colocação de pisos táteis, sendo que estes se compõem de dois tipos, um piso *tátil direcional* que direciona as pessoas com deficiência visual. Ele é formado por feixes salientes retangulares em paralelo que, como sugere o próprio nome, indica a direção a ser seguida. Ele é instalado formando uma faixa que acompanha o sentido do deslocamento e tem a largura variando entre 25 cm a 60 cm. E um piso tátil de

alerta que é usado para sinalizar situações que envolvem risco de segurança. Esse piso tem de ter cor contrastante com a da calçada - usualmente pede-se a cor amarela. Quando elas passam com a bengala ou notam a textura diferente do piso com a sola do sapato, já sabem que terão um obstáculo à frente: seja uma travessia, um poste, uma árvore ou um telefone público. Sendo que deve ser observado os critérios de instalação: Usar em obstáculos suspensos entre 0,60m e 2,10m de altura, que sejam maiores na parte superior do que na base. A superfície em volta do objeto deve estar sinalizada em um raio mínimo de 0,60 metros. Exemplo: caixas de correio <sup>(8)</sup>. Ademais a isso, adicionar sinalização de degrau com fitas indicativas na cor amarela e preta. Adicionar ainda rampas de acesso de acordo com a norma 9050/2004, no qual prevê os parâmetros e medidas de acordo com cada tipo de calçada e largura da calçada, utilização de corrimão e outros sinalizadores visuais atendendo as especificações de alcance visual, apresentar critérios de legibilidade como contraste, iluminação do ambiente e pureza da cor. Além disso, é necessária a implantação de sinalização sonora em casos como situações emergenciais e mobiliárias permanentes <sup>(9)</sup>.

A segunda etapa seria correspondente as mesmas modificações acima descritas, porém desta vez no ambiente interno a unidade de Saúde com a utilização do guia de sinalização do PMAQ – AB <sup>(7)</sup>. Além disso, já está em andamento a ampliação da unidade de saúde, com a criação de mais 4 salas para melhor organização do serviço, sendo que desta maneira o mobiliário que encontra-se nos corredores e outros ambientes da unidade não mais atrapalhariam a passagem dos usuários. Outro problema que deve ser corrigido é o afastamento da aparelhagem externa do consultório odontológico visto o ruído que ele produz próximo a janela de atendimento do consultório para atendimento de enfermagem, atrapalhando por vezes a comunicação entre usuário e prestador de serviço.

Contudo, deve-se estabelecer metas para o comprimento de tais ações, de maneira articulada entre os profissionais de saúde da unidade a secretaria de saúde e a secretária de obras públicas do município. Não estamos no presente trabalho propondo criações de objetivos absurdos ou inatingíveis, e portanto proponho que tais mudanças ocorram no período de um ano, sendo reservado um semestre para cada etapa do projeto.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Como este é um projeto de intervenção de estrutura física, a avaliação de uma intervenção bem sucedida seria a de realmente observar todos os padrões de acessibilidade acima mencionados foram instituídos.

Após o término das propostas aqui apresentadas, pretendo que o nível de remarcação e não comparecimento em consultas, dentre os portadores de deficiência, diminuía e que a população como um todo possa se beneficiar de sua autonomia. Espero ainda que as VD mudem o foco de atendimento, reservada apenas para pessoas incapazes de se locomoverem e não incapacidade de chegar à unidade, e que os portadores de deficiência passem a utilizar ainda mais o serviço de saúde para prevenção e até mesmo melhor reabilitação da sua condição crônica.

## CRONOGRAMA

<b>ATIVIDADE</b>	<b>Setembro</b>	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>	<b>Janeiro</b>	<b>Fevereiro</b>
Elaboração do projeto	x					
Aprovação do Projeto		x				
Estudo da Literatura	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados			x	x		
Discussão e Análise dos resultados				x		
Revisão final e digitação					x	
Entrega Final do trabalho					x	
Socialização do Trabalho						x

## REFERENCIAS

- 1- Deficiência visual / Marta Gil (org.). — Brasília: MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2001.
- 2- Orientação e Mobilidade: Conhecimentos básicos para a inclusão do deficiente visual; Elaboração Edileine Vieira Machado... [et al.] - Brasília: MEC, SEESP, 2003.
- 3- MICHELINI, Marcos; OKIMOTO, Lúcia; SCHEER, Sérgio; Wigineski, Beatriz; Avaliação e análise de acessibilidade de um deficiente físico motor, através do software CATIA, em habitações de interesse social;
- 4- SANTOS, A. J. De Oliveira; DE CASTRO, S. A.; **Autoestima a partir do caminhar: orientação e mobilidade da pessoa com deficiência visual**; Edição 54; Revista Benjamin Constant; Rio de Janeiro – RJ;Abril 2013.
- 5- BRUMER, Anita; PAVEI, Katiuci; MOCELIN, Daniel Gustavo; Saindo da “escuridão”: perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre1; Sociologias, Porto Alegre, ano 6, nº 11, jan/jun 2004, p. 300-327
- 6- PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012; Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- 7- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Guia de sinalização das unidades e serviços do sistema único de saúde – SUS; Portaria 2.838; 1 de Dezembro de 2012.
- 8- Calçada para Deficientes Visuais; Coordenação das subprefeituras do Estado de São Paulo.
- 9- Norma Brasileira; ABNT NBR 9050; Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos; 30/06/2004.