



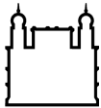
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ACESSO À SAÚDE: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EQUIDADE

ACESSIBILIDADE PARA O DEFICIENTE AUDITIVO NUMA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SITUADA EM ROCHA MIRANDA

Jussara Nascimento Fernandes de Medeiros

Orientador: Prof. Dr. Wilson Couto Borges

Rio de Janeiro, 2019



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ACESSO À SAÚDE:
INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EQUIDADE**

**ACESSIBILIDADE PARA O DEFICIENTE AUDITIVO NUMA REDE DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA SITUADA EM ROCHA MIRANDA**

por

JUSSARA NASCIMENTO FERNANDES DE MEDEIROS

Projeto de intervenção apresentado como requisito parcial e obrigatório para obtenção do grau de especialista em Acesso à Saúde: Informação, Comunicação e Equidade.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Couto Borges

Rio de Janeiro

2019

RESUMO

O presente projeto tem como objetivo geral fazer um diagnóstico sobre os fatores que dificultam o acesso do deficiente auditivo na Unidade de Pronto Atendimento, situada no Bairro de Rocha Miranda (RJ). O percurso metodológico se deu por pesquisas com a temática que permitiu a proposição do mesmo numa abordagem qualitativa. O instrumento de coleta de dados consistiu em aplicação de um questionário avaliativo que busca identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a PCD, este procurou investigar quais os principais problemas/barreiras de acessibilidade percebidos no atendimento com a PCD na rede, tendo em vista que esta coletividade enfrenta inúmeras barreiras na acessibilidade a diversos espaços, em especial nos serviços de saúde. De acordo com a formulação das políticas de atenção, os serviços públicos de saúde se mostram ineficientes e pouco articulados, ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial. Em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema, a gerência dos serviços e as equipes profissionais que atuam na ponta, necessitam da organização da gestão no sistema de saúde (MACHADO ET AL, 2018). É necessária a legitimação da acessibilidade em espaços públicos, assim sendo, a maioria desses espaços deveriam desenvolver meios de cumprir o que é proposto e ações que atendam as demandas com determinadas necessidades. Este projeto contribuirá para que se amplie a compreensão do processo de acesso à saúde na rede de urgência e emergência para a PCD. Espera-se que a partir do desenvolvimento do projeto, a PCD, em especial o deficiente auditivo, possa ganhar visibilidade no território de atuação. A expectativa é que a dimensão da acessibilidade possa ser notada quando existe, minuciosamente desde ao espaço físico à sensibilização de gestores institucionais, no que tange ao interesse destes em implementar as ações relacionadas à acessibilidade em toda a sua amplitude. Considerando as limitações do atendimento ao deficiente auditivo, espera-se que haja meios mais acessíveis que atendam às necessidades destes.

Palavras chave: Acessibilidade; Deficiente Auditivo; Dimensão do acesso; Atenção a saúde na rede de Urgência e Emergência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. JUSTIFICATIVA.....	8
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
4. OBJETIVOS.....	17
4.1.OBJETIVO GERAL.....	17
4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
5. METODOLOGIA.....	18
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	21
7. CRONOGRAMA.....	22
8. REFERÊNCIAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), longe de ser um processo fácil, passou por muitas transições e importantes marcos teóricos e sociais para que se constituísse a política atual. Muitos são os desafios de efetivação do SUS encontrados no setor saúde, considera-se que seja uma política social que ainda demonstra grandes desigualdades na distribuição de recursos, promoção de serviços e de acessibilidade à saúde, reforçadas por desigualdades sociais históricas no país (SOUZA et al., 2017).

Toda pessoa possui o direito da atenção à saúde, bem como sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, mas nos deparamos com um cenário oposto do que propõem os marcos legais, pois ainda permanece a distância entre as práticas de saúde e os princípios instituídos, especialmente no que diz respeito aos grupos minoritários ou pessoas com deficiência (PCD) (MACHADO et al., 2018).

O Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que 23,9% da população brasileira é composta por pessoas que possuem algum tipo de deficiência. Aproximadamente 45 milhões neste total estão incluídos todos os tipos e graus de deficiência de acordo com o desempenho nas atividades e domínios pesquisados: alguma dificuldade ou limitação (MAIOR, 2017). Destes, 5,1% possuem surdez e em escala global a comunidade surda totaliza cerca de 360 milhões de pessoas. Por ser uma comunidade minoritária linguística e culturalmente, os surdos enfrentam inúmeras barreiras na acessibilidade a diversos serviços, em especial nos serviços de saúde. Diante deste contexto surge a necessidade de investigação sistemática dos principais obstáculos enfrentados pelos surdos referentes ao acesso à saúde, no Brasil e no mundo (SOUZA et al., 2017)

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as pessoas com deficiência são definidas como: Aquelas que têm impedimentos a longo prazo de natureza física, intelectual (mental) ou sensorial (visão e audição), os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstaculizar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, ainda complementam que são consideradas pessoas com deficiência auditiva aquelas

com perda bilateral, parcial ou total da capacidade de ouvir (BATISTA 2016, APUD BRASIL, 2009).

Diante deste quadro, emerge uma questão: como implementar uma política pública de saúde, considerando a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência auditiva?

De acordo com a formulação das políticas de atenção, os serviços públicos de saúde se mostram ineficientes e pouco articulados, ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial. Em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema, a gerência dos serviços e as equipes profissionais que atuam na ponta necessitam da organização da gestão no sistema de saúde (MACHADO ET AL, 2018).

É necessária a legitimação da acessibilidade em espaços públicos. Assim sendo, a maioria desses espaços deveriam desenvolver meios de cumprir o que é proposto e ações que atendam as demandas com determinadas necessidades. Como exemplo disto destaco a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) que é essencial na interação social para o surdo. Contudo, foi somente em 2002, por meio da sanção da Lei nº 10.436, que a LIBRAS foi reconhecida como meio legal de comunicação e expressão no País.

Contudo, esse princípio tem sido uma barreira de acessibilidade, tendo em vista que a maior parte da sociedade utiliza a língua oral. Nesse sentido, verifica-se a demanda da comunidade surda nas unidades de saúde e nota-se a ausência de profissionais capacitados pertencentes ao atendimento, evidenciando a debilidade constante no acesso à saúde (BATISTA, 2016).

Assim, considera-se pertinente o projeto de intervenção a ser implementado em uma unidade da rede de urgência e emergência a fim de contribuir para o planejamento, fornecendo elementos para melhorar a estruturação e a adequação do atendimento às necessidades da PCD.

Num movimento inicial, estamos elaborando um Projeto de Intervenção a partir da observação dos limites enfrentados por pessoas surdas. Embora não busquemos restringir o universo de usuários com algum tipo de deficiência, nossa

proposta visa, ao contemplar um universo específico, trabalhar com determinado grupo tornando nosso projeto exequível.

O território de atuação é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do bairro de Rocha Miranda, situada no Rio de Janeiro. Trata-se de uma empresa gerenciada pela RioSaúde e que tem como filosofia o atendimento a pacientes com risco ou gravidade de vida. Os serviços ofertados são de média a alta complexidade, é na classificação de risco que os usuários são avaliados inicialmente para, assim, ceder prioridades. O objetivo principal da UPA é a estabilização do quadro do paciente e oferecer internação até no máximo 24 horas.

Partindo do princípio da humanização e acolhimento, há indícios de que o processo de trabalho necessita ser adaptado a mudanças. A inclusão do deficiente auditivo no acesso à unidade de urgência e emergência perpassa uma gama de fatores complexos que determinam a forma de como estão sendo assistidos este determinado grupo.

Ainda nesse cenário, emergem outros desafios a serem enfrentados, principalmente quando são observadas lacunas na UPA em questão que se caracterizam como fatores que inviabilizam o acesso à saúde da PCD e um atendimento de qualidade.

Desta forma, busca-se identificar no coletivo as barreiras de acessibilidade que possam estar presentes na unidade, se configurando como um problema de rede de cuidados com a PCD. Pretende-se, assim, discutir neste projeto as seguintes questões: Como os profissionais que fazem a primeira avaliação percebem a PCD dentro da unidade? A rede de urgência e emergência é acessível à PCD? Quais as barreiras de acessibilidade que são identificadas na unidade?

2. JUSTIFICATIVA

Este projeto contribuirá para que se amplie a compreensão do processo de acesso à saúde na rede de urgência e emergência, pois os estudos apontam sobre um grande quantitativo de pessoas com deficiência que acessam as unidades de saúde e estas redes ainda não se articulam devidamente, principalmente o deficiente auditivo. Considerando o meu território, justifico como uma potente ação de intervenção que pode contribuir para que ele seja reestruturado e adaptado, a fim de se obter ações integrais efetivas.

A proposta possibilitará que a equipe esteja envolvida com o tema, na busca de perceber as lacunas a serem identificadas e reparadas. É oportuno que se conheça sobre as barreiras de acessibilidade, bem como este público tem sido acolhido diante desta problemática.

Este projeto nos leva ao caminho da construção de ideias para melhores resultados. A equipe multidisciplinar pode desenvolver em conjunto um novo instrumento/ferramenta que venha possibilitar ações eficazes na unidade, da mesma forma, contribui para que a equipe tenha um novo olhar em relação às questões que envolvem a pessoa surda e que esta ganhe visibilidade no território.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS tem como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a equidade que parte da premissa de que todo o cidadão é igual perante o SUS, e que será atendido conforme as suas necessidades e a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPCD) está voltada para a inclusão das PCDs em toda a rede de serviços SUS e muitas foram as implementações de leis que garantem e asseguram os seus direitos (MAIOR, 2017). Nesta mesma visão, observa-se que a exclusão e desigualdade ainda são presentes no cotidiano, hoje com todos os avanços e iniciativas desta Política, existe uma lacuna no que diz respeito à ideologia do sistema e a sua praticidade, visto que muitos indivíduos, juntamente com suas famílias, muitas vezes vivenciam situações que ferem seus direitos como cidadãos, estes não incluem os valores, saberes e necessidades daqueles que são atendidos no SUS (OTHERO E AYRES, 2012).

Segundo os autores, subentende-se que há necessidade de implementação das ações interligadas ao processo e complexas questões que envolvem pessoas com deficiência no Brasil. Pois ao longo dos anos a atenção à saúde tem sido isolada e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal, não promovendo uma articulação consistente entre os pontos e níveis de atenção à saúde, resultando em atenção fragmentada e pouco eficaz (DUBOW ET AL, 2018).

A Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, foi criada em resposta à necessidade de se assegurar os direitos e atender as particularidades desse grupo, cria-se políticas específicas onde suas ações estão orientadas exclusivamente para estas coletividades. Esta portaria informa que é indispensável criar estruturas que sejam capazes de trabalhar em rede de serviços regionalizados e hierarquizados que

cuidem da saúde do portador de deficiência auditiva, levando em conta uma linha de cuidado integral (BATISTA, 2016).

De um modo geral, entende-se que os cuidados voltados a uma PCD sejam diferenciado segundo as suas peculiaridades. Não podemos falar de política pública de saúde voltada a PCD, nos referindo apenas a processos de trabalhos articulados propriamente ditos. Existem outras questões para se analisar. A PCD que busca o atendimento carece de intervenções reconhecidas como uma necessidade de saúde, ou seja, toda a trajetória para o acesso e consumo destes serviços deve ser analisado para que seja melhorado ou corrigido (OTHERO E AYRES, 2012).

A abertura do novo campo de atuação direciona a assistência de saúde centrado no modelo da diversidade humana, tendo em foco o olhar humanístico (MAIOR, 2018). Othero e Ayres (2012) conceituam o processo de cuidar do corpo humano na existência da sua totalidade, não se limitando a sua doença/incapacidade, mas sim sobre a ótica da integralidade da assistência, sendo assim a tais práticas assistenciais visam minimizar suas limitações e maximizar suas potencialidades.

Há indícios que o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na unidade sobre a temática da deficiência, ainda é muito incipiente. Considerando a lógica do cuidado integral entre a equipe faz-se necessário a dinâmica multidisciplinar. Onde há abertura de convívio entre a equipe, existe a possibilidade de identificarmos no outro as suas percepções, e também identificarmos as dificuldades da equipe sobre perceber o problema. Deve ser feito pela explicitação da intenção de conhecer o espaço que se destina a atenção em saúde para melhor elaborar as ações assistenciais, e sua participação certamente trará mais acuidade, adequação e força às futuras ações (MACHADO ET AL, 2018).

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência entende-se como acessibilidade a possibilidade e condição de alcance para utilizar os espaços, equipamentos urbanos, mobiliários, edificações e meios de transporte de forma segura e com autonomia. E completa que, para serem “acessíveis” estes elementos devem dispor de sistemas e tecnologias, projetados segundo os direitos humanos, serviços que permitam o acionamento, uso e vivência por qualquer pessoa,

inclusive por aquelas com mobilidade reduzida. (Lei nº 13.146, 06 de Julho de 2015).

O termo “acessível” não só se restringe ao espaço físico, são considerados diversos fatores que implicam na qualidade da assistência a PCD. É necessário saber quais são as barreiras de acessibilidades existentes para podermos eliminá-las.

Define-se barreira de acessibilidade como:

(...) qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos a acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros. (Lei nº 13.146, 06 de Julho de 2015).

Segundo Sasaki (2005) o conceito de acessibilidade é classificado em seis dimensões:

- Acessibilidade arquitetônica: sem barreiras ambientais físicas em todos os recintos externos e internos da instituição. Alguns exemplos de barreiras são os degraus, buracos e desníveis no chão, pisos escorregadios, portas estreitas, sanitários minúsculos, má iluminação, má ventilação, má localização de móveis e equipamentos, dentre outros.
- Acessibilidade comunicacional: sem barreiras na comunicação interpessoal, na comunicação escrita e na comunicação virtual. Ocorre com comunicação face a face, língua gestual, linguagem corporal, e comunicação escrita como jornal, revista, livro, carta, etc., incluindo textos em Braille, textos com letras ampliadas para quem tem baixa visão, computador e outras tecnologias para comunicar, comunicação virtual - acessibilidade digital, dentre outros.
- Acessibilidade programática: sem barreiras invisíveis embutidas em documentos institucionais. Alguns exemplos são conhecer, atualizar e eliminar as barreiras invisíveis contidas em programas, regimentos, regulamentos, portarias, projetos políticos e normas da unidade, que

possam impossibilitar ou dificultar a participação plena da pessoa com ou sem deficiência.

- **Acessibilidade atitudinal:** sem barreiras na convivência. Um exemplo de quando há barreira atitudinal é quando há falta de sensibilização e conscientização do profissional de saúde, quer isso aconteça de modo intencional ou não. Está relacionada a preconceitos, estigmas, estereótipos. Todos os demais tipos de acessibilidade estão relacionados a essa, pois é a atitude da pessoa que impulsiona a remoção de barreiras.
- **Acessibilidade metodológica:** sem barreiras para métodos, técnicas e teorias. Desenvolvimento de recursos humanos, ergonomia, empoderamento.
- **Acessibilidade instrumental:** sem barreiras nos instrumentos e ferramentas e utensílios. As barreiras referem-se a qualquer bloqueio ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e circulação com segurança das pessoas. Um exemplo é a adaptação e utilização de aparelhos, equipamentos, utensílios e Tecnologia Assistiva.

O conhecimento sobre as barreiras de acessibilidade dentro do território de atuação indica um caminho inicial para compreendermos o processo de inclusão social, e ao identificar barreiras nos permite quantificar quais ações prioritárias estão deixando de dar ênfase no que tange a incluir e acomodar as necessidades da PCD.

O acesso à informação é indispensável para a promoção de uma saúde integral e equânime para a PCD. O conhecimento real das necessidades em saúde de determinado território ou determinado grupo permite que gestores amplifiquem a sua visão organizando estrategicamente a rede de atenção, ele precisa colher constantemente informações de toda ordem. Como cita Dubow et al. (2018): promover a reflexão da temática no território a fim de que obtenha dados suficientes para o planejamento de ações e definição de prioridades a serem estabelecidas no território possibilita o preparo do sistema de saúde.

As experiências vivenciadas pela equipe com a PCD, portanto, pode se revelar promissora como uma rica fonte de impressões, quando há convivência e

dela pode-se observar tudo quanto se quer para planejar, permite a contribuição para a coordenação e continuidade do cuidado.

Batista (2016) cita que “o atendimento dos serviços de saúde é fundamental para a qualidade de vida do sujeito que necessita de um atendimento individualizado. Quando o profissional de saúde não entende esta questão, torna-se desafiador o cuidado em saúde para os usuários surdos. Existe, assim, uma complexidade nas relações entre profissionais de saúde e usuários surdos. Essas relações precisam ser construídas conjuntamente entre os profissionais da saúde, através de uma compreensão que vai além do entendimento do ser surdo. Essa compreensão precisa levar em consideração vários fatores da história do sujeito. As relações constituídas historicamente carregam muitas subjetividades que trazem ao longo do tempo muitas concepções presentes na sociedade advindas por modos diferentes de entender a surdez. Muitos estudos mencionam a importância de compreender a surdez através do olhar e da concepção do próprio surdo. Porém, também é necessário entender o olhar do profissional de saúde sobre o surdo, para que possamos identificar os modos estigmatizados e enraizados na sociedade que dificultam as relações profissionais-usuários.”

Sendo assim, também é importante a comunicação da equipe multiprofissional, sendo possível identificar a compreensão sobre a temática da deficiência, busca-se as experiências vivenciadas para construção de ideias, transmitir e receber orientações, ensinar e aprender. É oportuno valorizar a vivência, no que tange ao olhar do profissional, bem como suas percepções sobre a PCD, segundo Othero e Ayres (2012) estes que atuam diretamente com este seguimento têm um papel muito importante na atuação em seu território. Além de obter informações do colaborador, pode-se multiplicar saberes, dentre outras ações essenciais.

Brito e Samperiz (2010) citam que na perspectiva da PCD o enfrentamento da dimensão comunicacional é negligenciado pelas outras pessoas. Souza et al. (2017) evidenciam que além do desafio linguístico, os surdos ainda enfrentam obstáculos na acessibilidade à saúde devido ao déficit de humanização na relação profissional-paciente.

Outra questão importante diante dos desafios encontrados é o acolhimento da PCD. Este deve ser efetivo nas unidades de saúde, é preciso que tenha contato direto e vínculo com o paciente, se estabelece principalmente pela empatia e compreensão, onde o profissional possa transmitir confiança através de intervenções de saúde. A escuta ativa é a peça chave para que haja a percepção maior da necessidade da PCD (OTHERO E AYRES, 2010).

Observa-se que atender a PCD nos desafia a pensar no processo de escuta ativa. Para Batista (2016), a limitação auditiva difere dos outros tipos de deficiência, pois pode interferir na comunicação, ainda complementa que quando o usuário é surdo a relação e o vínculo entre profissional de saúde e usuários normalmente colocada por meio da comunicação, surge de forma complexa, o que a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) deveria minimizar. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde não está preparada para compreender esta língua.

Brito e Samperiz (2010) citam que a linguagem é parte integrante no desenvolvimento do ser humano. A falta dela tem graves consequências para o indivíduo no que se refere ao seu desenvolvimento emocional, social e intelectual. A comunicação é um processo de interação no qual se compartilha mensagens, ideias, emoções e sentimentos, podendo influenciar ou não outras pessoas. Neste contexto verifica-se que o surdo tem necessidades de saúde que vão além da deficiência, mas não são diagnosticadas devido à falta de preparo dos profissionais de saúde.

Levando em conta que o significado do ambiente hospitalar tem função no impacto emocional, e que por suas peculiaridades favorece a insegurança, há necessidade de manter uma relação de confiança entre profissional e usuário. Nesta mesma visão, Souza et al. (2017) cita que pacientes surdos geralmente buscam o sistema de saúde com menos frequência que os pacientes ouvintes, referindo, como principais dificuldades, o medo, a desconfiança e a frustração.

O vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional, de modo a estabelecer relações de diálogo e de respeito. Para os enfermeiros, as trocas de mensagens evidenciando o processo comunicativo com os pacientes são consideradas fundamentais não apenas para a identificação de sintomatologia e problemas que o acometem, mas também para o desenvolvimento

da interação terapêutica, a qual mostra o comprometimento dos profissionais com os pacientes (BRITO E SAMPERIZ, 2010). Neste caso, o deficiente auditivo se sente mais seguro em procurar a unidade que o acolhe sem barreiras.

Existem técnicas de comunicação não verbal, sendo construída de pessoa-a-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Esta técnica são todas as formas de informação obtida por meio de gesto, leitura labial, postura, LIBRAS, desenhos, figuras, escrita e a expressão corporal, que facilitam a comunicação terapêutica entre profissional e usuário (BATISTA, 2016).

A Lei 10.436 reconhece como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - Libras e outros recursos de expressão a ela associados”. E ainda define no parágrafo único: “Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil” (Lei nº 10.436, de 24 abril de 2002)”.

Tendo em vista as limitações encontradas na equipe para entender a pessoa surda, cabe dizer que os modos de enfrentamento às barreiras de acesso são frequentes. Quando nos referimos à unidade de urgência e emergência situada em Rocha Miranda (onde os fluxos diários de usuários são intensos) a agilidade e objetividade devem ser consideradas. São padronizados protocolos de atendimento caracterizando o tempo como padrão ouro. Estes protocolos são considerados para a empresa como padrão satisfatório, tendo em vista o tempo de espera dos pacientes, mas considerando o profissional despreparado para atender a pessoa surda, o tempo de atendimento demanda uma necessidade maior do que outros pacientes, pois este paciente necessita de um cuidado singularizado, sendo assim, este acolhimento não se classificaria para os protocolos como “alto padrão”.

Estudos realizados também identificaram fatores como: demora no tempo de atendimento, período de espera prolongado, dificuldade para obter informações, serviços inapropriados, escuta e acolhimento inadequados, responsáveis pelas dificuldades do acolhimento de pessoas com necessidades especiais nos estabelecimentos de saúde.

Souza et al. (2017) apontaram que a barreira comunicacional é a categoria mais fomentada para os pesquisadores e está presente em todos os estudos. A existência de comunicação apenas não verbal entre os surdos e profissionais de saúde dificulta a assistência, existe ainda relatos de alguns que não receberam atendimento adequado, pois não estavam acompanhados de um ouvinte para dizer o que estavam sentindo; Logo após vem a categoria “Déficit de relação profissional-paciente”, caracterizando o vínculo; Seguida da categoria “Baixo conhecimento do surdo em relação ao processo saúde doença”, evidenciando a falta de compreensão do seu estado de saúde, promoção do autocuidado e orientações preventivas; e por última categoria sendo “O processo de inclusão do deficiente auditivo na sociedade”.

Considerando o atendimento à PCD, a equipe também poderá se deparar com situações de gravidade, onde exigirá habilidade e domínio da situação para agir de forma rápida e precisa. Souza et al. (2017) citam que em situações de emergência, a dificuldade de comunicação pode ser determinante para que procedimentos sejam malsucedidos ou estabeleçam diagnósticos errôneos, aliados ao estresse de situações cuja resposta necessita ser rápida.

4.OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Fazer um diagnóstico sobre os fatores que dificultam o acesso do deficiente auditivo na unidade de urgência e emergência, em Rocha Miranda.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar/mapear quais as principais barreiras de acessibilidade que os profissionais de saúde percebem na rede em relação ao atendimento à PCD.
- Identificar como a equipe multiprofissional percebe a PCD.
- Contribuir para a adaptação da rede de Urgência e Emergência situada em Rocha Miranda, de modo que se torne mais acessível à PCD.

5. METODOLOGIA

Este projeto é de cunho descritivo e se configura numa abordagem qualitativa. O instrumento de coleta de dados consiste em aplicação de um questionário avaliativo que procura identificar sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a PCD, procura investigar quais os principais problemas/ barreiras de acessibilidade percebidos no atendimento com a PCD na rede de urgência e emergência, situada em Rocha Miranda.

O questionário foi enviado para o núcleo de qualidade da empresa, a fim de ser avaliado pela gestão e assim finalmente ser liberado para aplicação no território.

Este projeto de intervenção contempla as seguintes etapas:

- Etapa 1: Aplicação do questionário aos profissionais de saúde na própria unidade, os que estão diretamente envolvidos com os usuários.
- Etapa 2: Levantamento dos diagnósticos encontrados em relação as barreiras de acessibilidade em espaços de urgência e emergência.
- Etapa 3: Elaboração de estratégias para ampliar ações efetivas.
- Etapa 4: Medição dos resultados da elaboração das estratégias
- Etapa 5: Elaboração de Relatório para definir os resultados.

A partir dessas etapas, espera-se responder as questões motivadoras desse projeto de intervenção.

Segue abaixo modelo do questionário avaliativo.

QUESTIONÁRIO AVALIATIVO PARA MELHORA DO ATENDIMENTO À
PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA.

NOME: _____

PROFISSÃO: _____

DATA: _____

1- Você já atendeu alguma pessoa com deficiência (PCD) Se sim diga qual (ais) tipos de deficiências

2- Na sua percepção a UPA de Rocha Miranda atende muitas PCDs?

3- Sente alguma dificuldade para atender a PCD?

4- Se sente preparado para atender o deficiente auditivo?

5- Como percebe a PCD dentro da unidade?

6- Conhece as barreiras de acessibilidade?

7- Na sua percepção qual barreira se configura como um real problema no atendimento a PCD?

8- Já presenciou alguma situação que gerou constrangimento no atendimento a PCD? Se sim, descreva.

9- Já teve algum conflito com a PCD? Foi resolvido? Se sim, descreva de que forma.

10- Falando da produção social da saúde, você conhece algum equipamento de saúde presente no território que contribua para a promoção da saúde da PCD. Cite

11- Observando o seu território de atuação, cite uma ideia para que a PCD seja atendida baseada nos seus direitos.

12- Quais os desafios da atenção do deficiente auditivo no seu território de atuação?

6. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a partir do desenvolvimento do projeto de intervenção, a PCD possa ganhar visibilidade no território de atuação. A expectativa é que a dimensão da acessibilidade pode ser notada quando existe, minuciosamente desde ao espaço físico à sensibilização de gestores institucionais, no que tange ao interesse deste em implementar as ações relacionadas à acessibilidade em toda a sua amplitude.

Quanto à equipe multiprofissional, que seja participativa na realização do questionário, espera-se que através deste, o profissional seja conscientizado e sensibilizado sobre o tema. Neste sentido, através dos resultados encontrados espera-se que haja recursos disponíveis para que após o levantamento das ações estratégicas, sejam planejadas, executadas e adaptadas no território, enfim, que seja possível contribuir com a ampliação do acesso à saúde, garantindo a assistência de forma humanizada.

Considerando as limitações do atendimento ao deficiente auditivo, espera-se que haja meios mais acessíveis que atendam às necessidades destes através de comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, visto ser um direito da pessoa surda. Os resultados esperados são a mudança da perspectiva dos profissionais da área da saúde com relação aos surdos; o acesso ampliado à informação, educação e saúde e a melhoria da qualidade de atendimento.

7.CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Mês FEV	Mês MAR	Mês AB	Mês MAI	Mês JUN	Mês AGO	Mês SET
Obter aprovação do questionário	X						
Aplicação do questionário aos profissionais de saúde		X					
Compilação e análise dos dados do questionário			X				
Elaboração de estratégias para ampliar ações efetivas			X	X			
Medição dos resultados da elaboração das estratégias					X		
Elaboração do Relatório Final						X	
Apresentação do Relatório para a Gestão							X

8. REFERÊNCIAS

BATISTA, JAIME BARBOSA. Comunicação entre profissional da saúde e usuários surdos: estratégias e desafios. Lume trabalhos acadêmicos e técnicos, TCC Saúde Coletiva. Porto Alegre, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.

_____, **LEI Nº 10.436 DE 24 DE ABRIL DE 2002**, Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências.

_____, **LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (estatuto da Pessoa com Deficiência).

BRITTO, F. R.; SAMPERIZ, M. M. F. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. Einstein (São Paulo) vol.8 no.1 São Paulo Janeiro/ Março, 2010.

DUBOW CAMILA; EDNA L. G.; KRUG S.B.F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. SAÚDE DEBATE, RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 117, P. 455-467, Abril/ Junho 2018.

MACHADO, W.C.A.; PEREIRA, J.S.; SCHOELLER, S.D.; JULIO, L.C.; MARTINS, M.M.F.P.S.; FIGUEIREDO, N.M.A.; Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. Texto Contexto Enfermagem, 27(3): e4480016, 2018.

MAIOR, IZABEL MARIA MADEIRA DE LOUREIRO. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. Inc.Soc., Brasília, DF, v.10 n.2, p.28-36, janeiro/ junho 2017.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias. INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação, v.16, n.40, p.219-33, janeiro/março 2012.

SASSAKI, ROMEU KASUMI. Conceito de acessibilidade. Texto elaborado para a I Conferência Municipal da pessoa com deficiência, Niterói, Julho, 2005.

SOUZA, M.F.N.S.; ARAÚJO, A.M.B.; SANDES, L.F.F.; FREITAS, D.A.; SOARES, W.D.; VIANNA, R.S.M.; SOUSA, A.A.D. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. Revista CEFAC.19(3) 395405, Maio/Junho, 2017.