

Inclusão da pessoa com deficiência em um Centro de Referência em DST/AIDS de um município baiano

Inclusion of persons with disabilities in a Reference Center for STD / AIDS of a town in Bahia, Brazil
Inclusión de personas con discapacidad en un Centro de Referencia en ETS / SIDA de una ciudad de Bahía, Brasil

Alessandra Santos Sales^I, Roberto Ferreira de Oliveira^{II}, Edna Maria de Araújo^I

^I Universidade Estadual de Feira de Santana, Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde. Feira de Santana-BA, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Feira de Santana, Curso de Mestrado em Saúde Coletiva (Mestrando), Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde. Feira de Santana-BA, Brasil.

Submissão: 07-08-2011 **Aprovação:** 07-03-2013

RESUMO

O presente estudo, de abordagem qualitativa, buscou conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre a inclusão das pessoas com deficiência nas atividades de acolhimento, prevenção e tratamento em um Centro de Referência em DST/AIDS. As falas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin. A análise mostra que os profissionais conduzem seu serviço no sentido da inclusão, buscando formas de comunicação que alcancem essas pessoas, como o uso das Libras, adequação da estrutura física, igualdade de atendimento e entendimento das vulnerabilidades dessa população. Apesar das estratégias adotadas terem grande importância na facilitação de um atendimento acolhedor às pessoas com deficiência, partem em sua maioria, de atividades pontuais e de forma individual. É preciso uma articulação eficaz do serviço com gestores e atores políticos na construção e adequação de matérias, programas e políticas públicas para alcance equitativo e inclusão dessa população.

Descritores: Estruturas de Acesso; Pessoas com Deficiência; Métodos de Comunicação Total.

ABSTRACT

This qualitative study sought to ascertain the opinion of health professionals about the inclusion of people with disabilities in the activities of reception, prevention and treatment in a Reference Center for STD/AIDS. The data were submitted to Bardin's content analysis technique. The analysis showed that professionals conduct their service in the sense of inclusion, seeking ways of communication to reach these people as the use of LIBRAS, matching the physical structure, equality of attendance and understanding of the vulnerabilities of this population. Despite the great importance of strategies adopted in facilitating a friendly service to people with disabilities, those strategies leave mostly from isolated and individually activities. It is needed an effective link among the service managers and political actors in the construction and adaptation of materials, programs and public policies to achieve equitable and inclusion of this population.

Key words: Architectural Accessibility; Disabled Persons; Communication Methods Total.

RESUMEN

Este estudio cualitativo buscó conocer la opinión de los profesionales de salud acerca de la inclusión de las personas con discapacidad en actividades de recepción, prevención y tratamiento en un Centro de Referencia de ETS/SIDA. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido de Bardin. El análisis muestra que los profesionales realizan sus servicios en el sentido de la inclusión, buscando formas de comunicación que lleguen a estas personas, tales como el uso de la lengua de señas, adecuación de la estructura física, atención equitativa y comprensión de la vulnerabilidad de esta población. A pesar de la gran importancia de las estrategias adoptadas en la facilitación del atendimento a las personas con discapacidad, la mayoría de esas estrategias parten de actividades aisladas e individuales. Así, se necesita un vínculo efectivo entre los gestores del servicio y actores políticos en la construcción y adaptación de materiales, programas y políticas públicas para lograr la inclusión equitativa y la inclusión de esta población.

Palabras clave: Estructuras de Acceso; Personas con Discapacidad; Métodos de Comunicación Total.

AUTOR CORRESPONDENTE Alessandra Santos Sales E-mail: sam_enf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sociedade, em suas diversas interpretações de mundo, possui no seu contexto diversas situações que remetem a sexo como fotos, artigos, entrevistas, programas de TV, *outdoors*, entre outros mais. Apesar desta exposição constante, ainda há diversas concepções errôneas ao se trabalhar e falar sobre a sexualidade e principalmente se a mesma está interligada a pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, somando-se assim, estigmas e preconceitos.

Segundo a organização AIDS Free World, pessoas com deficiência correm o risco de se infectarem com o vírus HIV numa proporção duas vezes maior do que o restante da população. O desconhecimento da situação de vulnerabilidade das pessoas com deficiência, aliado ao entendimento equivocado de que são pessoas incapazes de desenvolver sua sexualidade, corroboram para um crescente número de casos de contaminação com o HIV por essa população⁽¹⁾.

Para um cuidado em conformidade com princípios do SUS, ou seja, de forma plena, integral e verdadeiramente universal para esses clientes, é preciso que se tenha uma adequação no processo de interação entre profissional de saúde/gestores e clientes, na estrutura física dos serviços e na dialética das propagandas e programas de prevenção, buscando ferramentas estratégicas para implantação dessas ações de forma efetiva para a luta contra AIDS⁽²⁾.

Esses fatos alertam para a necessidade de compreensão desta problemática entre os profissionais de saúde que estão na ponta do serviço, bem como para a urgência em desenvolver métodos e materiais acessíveis a esta clientela suscetível as DSTs e HIV/AIDS.

Com esta abordagem será possível a construção de uma prática em saúde que transforme a assistência às pessoas com deficiência. E isso só irá acontecer por meio de estudos, ações e também de políticas públicas. As políticas de saúde encampam uma polissemia de significados acerca das ações, saberes e práticas que as constituem, fazendo desse paradigma um movimento em constante evolução⁽³⁾.

Cabe aos profissionais de saúde, portanto, que atuam diretamente na promoção e educação em saúde, prevenção e tratamento das DSTs e HIV/AIDS, desenvolver e aplicar estratégias com vistas ao empoderamento individual e coletivo e à melhora na qualidade de vida dessa clientela.

Contudo, estas ações devem ser precedidas pela compreensão da realidade e das demandas específicas de cada pessoa portadora de alguma deficiência. Este estudo teve, portanto, como objetivo conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre a inclusão das pessoas com deficiência nas atividades de acolhimento, prevenção e tratamento em um Centro de Referência em DST/AIDS.

Atentando-se para todos estes aspectos, o presente estudo torna-se relevante ao trabalhar com os aspectos do atendimento inclusivo na área da saúde que modifica a prática de atenção e aprimora os profissionais em vistas de um perfil compatível com princípios que têm como alicerce o intercâmbio das diferenças individuais e o convívio com a pluralidade humana.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo através da abordagem qualitativa e com Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin⁽⁴⁾ que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens⁽⁵⁾.

Participaram da pesquisa, nove profissionais de saúde – três enfermeiras, assistente social, psicóloga, médico pediatra, médico clínico geral, coordenador com formação em enfermagem e técnico de higiene dental – em um determinado município do estado da Bahia. Os critérios de inclusão utilizados foram: serem profissionais de saúde atuantes num Centro de Referência em DST/AIDS.

A coleta de dados ocorreu mediante entrevista aberta, nos meses de maio e junho de 2011, com base na questão norteadora: Comente, segundo seu ponto de vista, sobre a inclusão da pessoa com deficiência e com suspeita ou confirmação de DST e HIV/AIDS, no serviço. As entrevistas foram agendadas anteriormente e efetuadas em ambiente fechado no próprio serviço com o uso de um gravador, previamente autorizado para obtenção de informações fidedignas e completas.

A metodologia de análise de conteúdo trabalha os dados coletados, objetivando a identificação do que está sendo dito a respeito de determinado tema, cujas etapas da análise dos dados segundo Bardin⁽⁴⁾, divide-se em três fases: 1) pré-análise (organiza o material, sistematizando as ideias iniciais), 2) exploração do material (definição de categorias e unidade de significação) e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Com base nos dados, foram estabelecidas as seguintes categorias: A. *Estratégias de comunicação* com as subcategorias comunicação via Libras, comunicação via intérprete, comunicação via outro profissional, comunicação escrita e comunicação verbal; B. *Percepção das condições das pessoas com deficiência propensas as DSTs/HIV/AIDS* com as subcategorias preconceito, vulnerabilidade, igualdade de atendimento, perfil etário e sexualidade; C. *Adequação profissional* e D. *Estruturação do serviço* com as subcategorias acesso físico, vínculo, capacitação dos profissionais, intersetorialidade e adequação de materiais educativos.

Para estar em conformidade aos padrões da bioética, o estudo foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP das Faculdades Adventistas da Bahia, aprovado com o protocolo do CAAE 0035.0.070.000-11, sendo elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE. Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, estes foram inclusos na pesquisa com os nomes das categorias profissionais. Os encontros foram orientados na perspectiva de apresentação da proposta, explicação dos itens da pesquisa contidos no TCLE e solicitação de participação confirmada com a assinatura do mesmo.

RESULTADOS

A. Estratégias de comunicação

Comunicação via Libras

Tem até colegas aqui que já se submeteram ao curso de Libras. (Psicóloga)

O deficiente auditivo a gente procura ta interpretando. (Enfermeira 1)

Quando a gente conseguiu com esse curso de libras ta atendendo melhor, gente... Foi uma coisa absurda assim, de um passar pro e passar pro outro... E a quantidade de casos de DST que foram tratados você não tem noção... (Coordenador)

Os números e alfabeto eu sei. (Enfermeira 2)

Comunicação via intérprete ou outro acompanhante

...às vezes a grande maioria deles antes vinha com interprete. (Enfermeira 1)

Eu não tenho experiência com pacientes portadores de deficiência, mas eu imagino em se tratando de criança, de adolescente, eles não têm o pleno domínio de decisão. Ele precisaria da absorção das recomendações, das orientações por parte dos familiares, do pai, da mãe ou do responsável. (Médico pediatra)

Quando um paciente tem uma deficiência mental, geralmente a gente atende com um acompanhante... Quando é deficiência física, ele também vem com um acompanhante. (Médica clínica geral)

Comunicação via outro profissional

... Um dia (um colega de trabalho-grifo do pesquisador) me chamou pra ajudar, chamou a recepcionista pra ajudar o que tava falando né. (Enfermeira 1)

Eu chamo alguém pra alguém me ajudar na comunicação. (Enfermeira 3)

Comunicação escrita

Tem alguns pacientes que já chegam na recepção que escreve (Psicóloga)

Eles escrevem, eu leio. Eles escrevem e eu peço pra que eles me ensinem os sinais (Enfermeira 1).

... Tem umas pessoas que escrevem. (Enfermeira 3)

Já atendi paciente que ele mesmo escreve no papel e aí também ele escreve e eu escrevo. (Enfermeira 3)

Comunicação verbal

Se for um deficiente visual, a gente conduz falando pra ele o que a gente vai fazer, qual o procedimento de

passo a passo, até porque ele não tá vendo o que você está usando, manuseando pra poder fazer. (Técnico de higiene dental)

B. Percepção das condições das pessoas com deficiência propensas as DSTs/HIV/AIDS

Vulnerabilidade

... Muitas vezes, as famílias não orientam, não cuidam de forma adequada... (Assistente Social)

E as pessoas portadoras de deficiência tem um grau maior de vulnerabilidade, não pela deficiência, mas pela dificuldade de acesso as unidades, do entendimento de vulnerabilidade de situação dessas pessoas. Isso acaba facilitando que as pessoas adquiram DST e logicamente HIV. (Coordenador)

Quanto à vulnerabilidade, a gente sabe que tem pessoas com determinada deficiência mental que realmente precisa de alguém pra junto, alguém a família, que se responsabilize e que ajude na terapêutica. Perpassa muito mais até mesmo por esse grupo, por conta de que eles sofrem mais influencia de algumas pessoas, até no próprio ato de não perceber como alguém vulnerável, de não se perceber vulnerável, (Enfermeira 2)

Igualdade de atendimento

A gente tem dentro do critério de atendimento, a gente não fazer certos tipos de diferenciação no acolhimento assistência do paciente com qualquer tipo de deficiência... (Enfermeira 1)

... Não tem diferenças de tratamento de atendimento, de acolhimento. (Enfermeira 1)

Então, a cada paciente a gente dá realmente o tratamento de acordo com suas necessidades. (Técnico de higiene dental)

Sexualidade

... Deficiência mental... Muitas pessoas acham que eles não devem ter nenhum contato físico. (Assistente Social)

C. Adequação profissional

... Curso de Libras... É algo que eu vou tá procurando. (Psicóloga)

Nós aqui do Centro de Referência depois que a gente se deparou com essa dificuldade de interpretar os sinais que eles se manifestam, nós nos preocupamos em procurar a fazer o curso de Libras. (Enfermeira 1)

... Eu, o coordenador e a funcionária da recepção tem o curso de Libras básicas. (Enfermeira)

Quando abrir a próxima turma, pretendo fazer (curso de Libras - grifo do pesquisador) também porque é uma forma de ta acolhendo essa pessoa. (Enfermeira 2)

Não tenho o curso de Libras ainda (riso), eu acho bem interessante, mas ainda não pude fazer porque eu trabalho a noite também né e às vezes eu to sem tempo, mas não vai faltar oportunidade. (Enfermeira 3)

D. Estruturação do serviço

Acesso físico

... Temos formas fáceis de transitar com cadeiras de rodas, a gente tem a rampa de acesso, a gente uma cadeira de rodas dentro da unidade... (Enfermeira 1)

A gente ainda não tem essas barras nos banheiro. (Enfermeira 1)

... As portas são pensadas, abrem pra fora, a gente procurou uma série de orientações da vigilância sanitária antes de construir a unidade. As portas são largas, a cadeira entra tranqüilo, banheiro também o acesso. (Enfermeira 2)

Vínculo

... Hoje ele (paciente-grifo do pesquisador) não está mais em atendimento porque nós infelizmente perdemos o carro. O carro aqui da unidade tá quebrado... (Psicóloga)

Capacitação dos profissionais

... A gente não foi preparado para atender pessoas deficientes... (Coordenador)

A iniciativa positiva que às vezes tem aqui, como falei, foi dos colegas e não do serviço de estar capacitando a gente. (Coordenador)

A gente tendo a treinar outros também. (Enfermeira 2)

Intersetorialidade

... Hoje nós estamos sentados em uma linha melhor entre o Centro de Referência e o CAPS pra tentar trabalhar essa questão de DST/AIDS dentro do CAPS também. (Coordenador)

Adequação de materiais educativos

A gente não tem material didático personalizado, por exemplo, pra deficiente visual, a gente não tem material

em Libras, não tem material em Braille e eles não têm acesso a informação de maneira clara como a população em geral. (Coordenador)

DISCUSSÃO

Devem-se ter, como premissa dos serviços, as diretrizes da Cartilha da Política Nacional de Humanização: ambiência, que recomenda a assistência visando a produção de sujeitos e o processo de trabalho, o respeito à privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, e a funcionalidade do trabalho de modo a promover a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor, resolutivo e inclusivo⁽³⁾.

Segundo as falas dos profissionais percebe-se que a busca por inclusão das pessoas com deficiência em relação às estratégias de comunicação acontece por meio do uso das Libras, da escrita, da presença de interprete ou acompanhante, da ajuda de outro colega que tenha o curso de Libras ou ainda do suporte da própria família.

Faz-se necessário atentar para o fato de que não houve menção sobre o sigilo das informações entre a pessoa com deficiência-profissional de saúde-intérprete ou acompanhante. No âmbito da relação médico/paciente, os valores de privacidade, confidencialidade e comunicação privilegiada estão vinculados, de um lado, a uma obrigação de discrição profissional e, de outro, aos direitos individuais e à autodeterminação do indivíduo enfermo, os quais incluem a liberdade de escolher o que considera privado⁽⁶⁾. No atendimento a um paciente, a obrigação ética estende-se a todas as pessoas que auxiliam o profissional em seu trabalho, pois não é suficiente ser conhecedor das Libras; é necessário, também, respeitar o sigilo⁽⁷⁾ e entender que trata-se de pessoas passíveis de adquirir DSTs.

Observa-se ainda nas falas dos sujeitos que alguns profissionais do serviço tiveram a iniciativa pessoal de buscar o curso de Libras para conseguir alcançar a demanda de pacientes com deficiência auditiva que estava surgindo no serviço. Com tal atitude além de conseguirem alcançar essa clientela, os próprios pacientes foram trazendo outros para serviço ao relatar essa facilidade de acesso.

Tal aspecto favorece a adesão dos pacientes com a equipe de saúde, principalmente quando há a necessidade de um atendimento contínuo, uma vez que a comunicação é essencial na vida das pessoas, porque é através de seus diversos códigos que os indivíduos se relacionam a fim de alcançarem o que buscam⁽⁸⁾.

Alguns profissionais relataram que, posteriormente, irão realizar o curso de Libras para uma melhor qualificação da assistência, a partir do momento que eles entendem que é uma demanda que precisa ser acolhida por todos os profissionais do serviço. Essa comunicação com tais pacientes deve ser um desafio para os profissionais da saúde, já que o atendimento adequado de pessoas com necessidades especiais é essencial para a qualidade dos serviços de saúde, enquanto a falta de comunicação impede um atendimento humanizado⁽⁹⁾.

Reconhecer a deficiência na comunicação em situação de cuidado à saúde leva os profissionais a refletir sobre essas questões e a melhorar os serviços⁽¹⁰⁾.

Em um depoimento, é colocado que, principalmente pessoas com deficiências mentais, estão mais vulneráveis a contrair HIV/AIDS até mesmo pelo desconhecimento de sua situação de vulnerabilidade. É preciso, entretanto, entender essa vulnerabilidade desde a baixa autoestima, falta de informação sobre os riscos à saúde e sentimento de exclusão, até aspectos relacionados à inserção na sociedade, como baixa escolaridade, poucas oportunidades de renda própria e consumo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento de ações institucionais especificamente voltadas para o problema como: informação e educação, saúde e serviços sociais e não discriminação em relação às pessoas com HIV e AIDS⁽¹⁾.

Torna-se necessário e urgente que programas de saúde e educação considerem as necessidades especiais de cada jovem, já que a vulnerabilidade tem relação direta com a especificidade de cada deficiência⁽¹¹⁾.

Os profissionais de um modo geral relatam trabalhar de forma a evitar qualquer tipo de segregação dos portadores de deficiência, fornecendo um tratamento igualitário levando em conta as especificidades de cada necessidade. Procuram então, evitar qualquer forma de preconceito, uma vez que o mesmo se configura como um fenômeno alienante, posicionamento afetivo negativo de um indivíduo ou de um conjunto de indivíduos frente a outro grupo social, retirando as possibilidades de transformações e reflexões sobre a realidade existente⁽¹²⁾.

Foi citada em um momento a concepção da sociedade em torno do deficiente mental como um ser assexuado, pois dificilmente imaginam que essa pessoa possa sentir desejo ou que seja capaz de se relacionar amorosa e sexualmente, casar e formar a sua família. E que mesmo a família e profissionais ainda encontram grandes dificuldades para falar sobre o assunto.

A sexualidade faz parte do desenvolvimento global do ser humano, como base inicial de sua vivência. A abertura que se tem em relação à sexualidade na nossa sociedade contrapõe-se ao mito de que a sexualidade das pessoas com deficiência é, por natureza, intrinsecamente problemática, incompleta ou mesmo inexistente, fortemente arraigado entre familiares, profissionais e educadores.

Apesar dessas constatações, o que prevalece nas falas de leigos, familiares e da comunidade é a generalização de idéias preconceituosas a respeito da sexualidade de pessoas com deficiência como se essa fosse sempre atípica ou infeliz. Essas idéias são baseadas em estereótipos sobre as pessoas com deficiência, mantidos por crenças errôneas que as colocam como alguém incapaz e limitado⁽¹³⁾.

Alguns entrevistados expuseram que, antes da construção da unidade, buscaram orientações da vigilância sanitária, para promover a inclusão e um acesso adequado. Estudos relatam que as barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos e às pessoas com deficiência, são formadas por todas e qualquer barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações. As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de se deslocar livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público

inadequado, buracos nas vias públicas, constitui parte dos inúmeros exemplos citados como barreiras arquitetônicas. Esta mesma dificuldade é experimentada nos espaços destinados aos cuidados à saúde, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários⁽¹⁴⁾.

Em se tratando de pessoas com deficiência, o conceito acessibilidade define diretrizes discutidas e aprovadas em eventos nacionais e internacionais⁽³⁾. No Brasil, o acesso dessas pessoas está regulamentado pelo Decreto 3.298/99⁽¹⁵⁾, pela Lei nº 10.098/2000⁽¹⁶⁾ e pela NBR 9050 da ABNT⁽¹⁷⁾.

Foi relatada uma situação na qual o vínculo foi rompido, já que o paciente não podia chegar ao serviço a não ser com o carro da Unidade, que se encontrava quebrado. Com base na literatura, numa sociedade em que cada vez mais são utilizadas modernas tecnologias de informação e de comunicação para o estudo, o trabalho e o entretenimento, acaba sendo prioritário para todos garantir a acessibilidade plena⁽¹⁰⁾.

A capacitação dos próprios profissionais, apesar de ter sido uma iniciativa pessoal, faz com que o usuário se sinta mais valorizado e confiante ao expor suas necessidades. Dentro das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a capacitação de recursos humanos em saúde para o cuidado a esta clientela é prioridade⁽¹⁸⁾. A forma como as pessoas com deficiência enxergam a realidade, como elas se sentem em relação à sociedade, como elas lidam com as questões diárias, do acesso a este serviço, no momento em que recebem informações, mensagens, ou como se comunicam em ambientes diferentes e novos, são questões que devem ser consideradas. Para se criar ambientes favoráveis e acolhedores que operem positivamente na formação de mentalidades, de valores e de princípios.

É citada a articulação do serviço com o CAPS em torno da temática do HIV/AIDS. Práticas e cuidados que apontem para processos de inclusão social da pessoa com deficiência na comunidade devem ser introduzidos e difundidos cada vez mais. A pessoa com deficiência deve ser olhada pelo sistema de saúde como um sujeito de direito, no intuito de se construir e fortalecer as redes de saúde entre os serviços de atenção a essas pessoas com deficiência e os voltados para as DST/AIDS, garantindo que o atendimento seja integral e equitativo.

Pensar, então, nessa perspectiva da intersetorialidade, acena para um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, em um contexto no qual os sistemas técnicos especializados e as estruturas fortemente hierarquizadas e verticais são confrontados com novos objetivos e demandas políticas e sociais, novas temáticas e novos segmentos da população, que demandam uma remodelagem das velhas estruturas organizacionais, exigindo novas respostas organizativas, das quais a intersetorialidade é apenas uma das alternativas possíveis⁽¹⁹⁾.

Na fala do Coordenador é mencionada a inexistência de materiais adaptados a cada necessidade das pessoas com deficiência. É preciso entender que, para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é fundamental que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência. Entretanto é fundamental, também, que essas unidades de saúde forneçam

ajuda técnica na forma de produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia, adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida⁽²⁰⁾.

Diante do exposto, destaca-se como fruto desta pesquisa uma maior contribuição para a enfermagem, já que a investigação propicia a compreensão daquele de quem se cuida, com atenção às suas particularidades e, conseqüentemente, a possibilidade de um assistir mais humanizado e holístico.

Em contrapartida, o estudo realizado apresenta, evidentemente, limitações, pois os dados levantados não poderão ser generalizados a outras organizações, haja vista o estudo ter se restringido a uma amostra limitada por uma única instituição. Outra limitação do estudo refere-se ao viés *memória*, pois a lembrança de experiências que resultaram em bem-estar ou mal-estar é evocada com maior ou menor facilidade por diferentes indivíduos. Além dessas, a intimidação em responder a questão norteadora, por dificuldade em comentar sua opinião; e o fato de existir uma única questão condutora pode ter tornado as falas menos detalhadas. Entretanto, a carência de estudos nacionais e internacionais abre espaço para outros estudos de avaliação de opiniões desses profissionais. A despeito dessas limitações, o estudo permitiu verificar a opinião dos profissionais de saúde sobre a inclusão das pessoas com deficiência nas atividades de acolhimento, prevenção e tratamento em um Centro de Referência em DST/AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procurou-se identificar a opinião dos profissionais de saúde sobre a inclusão das pessoas com deficiência nas atividades de um Centro de Referência em DST/AIDS. Constatou-se, através dos enunciados das falas, que

os profissionais do serviço apresentam alguns avanços para inclusão, no contexto referente às estratégias de comunicação, percepção das condições das pessoas com deficiência, adequação profissional e estruturação do serviço, se adequando com tecnologias compensatórias de limitações funcionais (uso de Libras), por exemplo. Porém, há passos largos ainda a serem dados, na busca de adequação pessoal e coletiva do serviço, para a inclusão das pessoas com deficiência de forma holística e então se conseguir um atendimento e acolhimento equitativo.

Percebe-se com o estudo, que as ferramentas utilizadas pelos profissionais no alcance desses pacientes, partem de uma perspectiva individual de alguns dos profissionais e não direcionadas por uma proposta de programas e políticas públicas planejadas para o serviço, voltadas para a demanda de pessoas com algum tipo de deficiência de acordo com suas especificidades. As iniciativas individuais ainda que favoráveis, são pontuais não permitindo um alcance de mudanças de acessibilidade/acolhimento efetivas, sólidas e estruturadas para médio e longo alcance.

Levando-se em consideração a importância do desenvolvimento de estratégias de acolhimento e assistência integral, a conformação/adequação e adoção de políticas públicas com ações afirmativas para alcance da equidade em saúde das pessoas que apresentam alguma deficiência é imperativo para consolidação da responsabilização dos serviços/profissionais/gestores/atores políticos no contexto de atendimento inclusivo. Enfim, com um esforço conjunto e uma visão integrada das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência, com certeza proporciona-se o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento dessa população, a fim de garantir-lhes o exercício e o desfrute dos direitos humanos além de liberdades fundamentais estabelecidos em nossa constituição brasileira, assegurados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

1. Paula AR, Sodelli FG, Faria G, Gil M, Regen M, Meresman S. Pessoas com deficiência: Pesquisa sobre a sexualidade e vulnerabilidade. Temas Desenvolv [periódico na internet]. 2010 [acesso em 27 jan 2011]. Disponível em: <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/imagens/artigos/diario/artigo%20publicado%20memnon.pdf>
2. VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS. Histórico do congresso [evento na internet]. 2010. [acesso em 18 fev 2011]. Disponível em: <http://sistemas.AIDS.gov.br/prevencao2010/index.php?q=node/59>
3. França ISX, 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 2010;63(6):964-970.
4. Bardim L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
5. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. Revista de Administração Contemporânea 2011;15(4):731-747.
6. Sales-Peres SHC, Sales-Peres A, Fantini, AM, Freitas FAR, Oliveira MA, Silva OP, et al. Sigilo profissional e valores éticos. RFO UPF 2008;13(1):7-13.
7. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. Rev Esc Enferm USP 2005;39(4):417-22.
8. Santos APA, Carli BA, Cano PF. Acessibilidade da informação para deficientes visuais e auditivos. Rev Anagrama 2011;4(4):1-9.
9. Freire DB, Gigante LP, Béria JU, Palazzo LS, Figueiredo ACL, Raymann BCW. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2009;25(4):889-897.
10. Cardoso AHA, Rodrigues KG, Bachion MM. Perception of persons with severe or profound deafness about the communication process during health care. Rev Latino-Am Enferm 2006;14:553-60.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. I Seminário Nacional de Saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência. Brasília, DF: O Ministério; 2010.
12. Nunes AVL, Camino L. Atitude político-ideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito racial? *Psicol Soc* 2011;23(1):135-147.
13. Maia ACB, Ribeiro PRM. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Rev Bras Educ Espec* 2010;16(2):158-176.
14. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, 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* 2009;14(1):39-44.
15. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências [decreto na internet]. *Diário Oficial da União* [acesso em 23 jan 2009]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>
16. Brasil. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências [legislação na internet]. *Diário Oficial da União* 2000 [acesso em 25 jan 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm>
17. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro: ABNT; 1985
18. Rebouças CBA, Cezario KG, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2011;24(1):80-6.
19. Bronzo C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de belo Horizonte e São Paulo. *Planej Polít Públicas* 2010;35.
20. Ministério da Saúde. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: O Ministério; 2006.