

Cuidado de enfermagem às pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde*Nursing care for people with disabilities in Primary Health Care**Atención de enfermería a personas con discapacidad en Atención Primaria de Salud***Verônica Ferreira Rodrigues
Pereira¹**

ORCID: 0000-0002-7834-903X

Cristiane Maria Maciel¹

ORCID: 0000-0003-2439-4756

Bárbara Carolyn Pereira Costa²

ORCID: 0000-0003-3945-5240

Eliza Maria Rezende Dázio¹

ORCID: 0000-0001-9216-6283

Murilo César do Nascimento¹

ORCID: 0000-0002-3436-2654

Silvana Maria Coelho Leite Fava¹

ORCID: 0000-0003-3186-9596

¹Universidade Federal de Alfenas,
Minas Gerais, Brasil.²Universidade de São Paulo, São
Paulo, Brasil.**Como citar este artigo:**

Pereira VFR, Maciel CM, Costa BCP, Dázio EMR, Nascimento MC, Fava SMCL. Cuidado de enfermagem às pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. *Glob Acad Nurs.* 2020;1(1):e7. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200007>

Autor correspondente:

Bárbara Carolyn Pereira Costa

E-mail:

barbaracarpereira@gmail.com

Editor Chefe: Carolyn dos Santos
Guimarães da Fonseca
Editor Executivo: Kátia dos Santos
Armada de Oliveira

Submissão: 23-11-2019

Aprovação: 02-01-2020

Resumo

Objetivo: analisar o cuidado do enfermeiro às pessoas com deficiências na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão integrativa de literatura norteada pela seguinte questão: Qual o papel do enfermeiro no cuidado às pessoas com deficiências na Atenção Primária de Saúde? A busca foi realizada nas bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PubMed que engloba o *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Biblioteca Virtual da *Scientific Electronic Library Online*; artigos publicados no período compreendido entre 2008 a 2017. **Resultados:** Onze estudos foram incluídos na seleção, que após analisados construiu-se três categorias: barreiras na comunicação, barreiras de acesso e barreiras na compreensão da deficiência. **Conclusão:** Evidenciou-se que a inclusão das pessoas com deficiência nos serviços de saúde ainda é demarcada por inúmeros desafios.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Atenção Primária à Saúde; Comunicação em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem

Abstract

Objective: to analyze the nurse's care for people with disabilities in Primary Health Care. **Method:** Integrative literature review guided by the following question: What is the role of nurses in caring for people with disabilities in Primary Health Care? The search was carried out in the databases: Database in Nursing, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, PubMed that includes the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Thesis Bank of the Coordination for the Improvement of Personnel Level Superior and Virtual Library of the Scientific Electronic Library Online; articles published in the period from 2008 to 2017. **Results:** Eleven studies were included in the selection, which after analyzing three categories were constructed: barriers to communication, barriers to access and barriers to understanding disability. **Conclusion:** It became evident that the inclusion of people with disabilities in health services is still marked by numerous challenges.

Descriptors: People with Disabilities; Primary Health Care; Health Communication; Patient Care Team; Nursing

Resumen

Objetivo: analizar la atención de enfermería para personas con discapacidad en Atención Primaria de Salud **Método:** Revisión integral de literatura guiada por la siguiente pregunta: ¿Cuál es el papel de las enfermeras en el cuidado de personas con discapacidad en Atención Primaria de Salud? La búsqueda se realizó en las bases de datos: Base de datos en Enfermería, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Pubmed que incluye el Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en línea, Banco de Tesis de la Coordinación para la Mejora del Nivel de Personal Biblioteca Superior y Virtual de la Biblioteca Científica Electrónica en línea; artículos publicados en el período de 2008 a 2017. **Resultados:** Se incluyeron once estudios en la selección, que luego de analizar tres categorías se construyeron: barreras para la comunicación, barreras para el acceso y barreras para comprender la discapacidad. **Conclusión:** se hizo evidente que la inclusión de personas con discapacidad en los servicios de salud aún está marcada por numerosos desafíos.

Descriptores: Personas con Deficiencia; Atención Primaria de Salud; Comunicación de Salud; Equipo de Asistencia al Paciente; Enfermería

Introdução

A deficiência é uma condição que resulta em impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras comprometem a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas¹.

Estudo² sobre a prevalência autorreferida de deficiências no Brasil constatou o acometimento de 12,4 milhões de pessoas, ou seja, 6,2% da população, sem diferença entre homens e mulheres. A deficiência visual apresentou maior proporção dentre as deficiências investigadas, cerca de 7,2 milhões de pessoas, a deficiência intelectual foi de 0,8%, a deficiência física de 1,3%, e a deficiência auditiva, a prevalência foi de 1,1%.

Embora os estudos sobre os indicadores demográficos das condições de saúde das pessoas com deficiências sejam escassos no Brasil³, o impacto da deficiência na vida dessas pessoas pode ocasionar dificuldade de socialização, mudanças nos hábitos de vida, adaptações físicas, resultando em diversos agravos à saúde.

A Atenção Primária de Saúde (APS), especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é um modelo de organização que intervém exatamente neste contexto, pois, é considerada de acesso universal, a porta de entrada para o sistema de saúde e o nível de atenção mais estreito entre os profissionais de saúde, a pessoa com deficiência e sua família, o que implica na necessidade de cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade e buscar estratégias para o melhor atendimento dessas pessoas³.

Desse modo, o enfermeiro deve favorecer o acesso das pessoas com deficiências, acolher as queixas e buscar soluções junto à equipe multiprofissional, ou quando necessário, referenciar a outros serviços, formando uma rede de cuidados interligados. Além disso, o profissional deve ser capaz de gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações de acordo com a necessidade de cada um^{3,4}.

A demanda crescente de pessoas com deficiências e as suas singularidades têm provocado a necessidade de práticas de cuidados mais inclusivas e a capacitação da equipe para o alinhamento de condutas a fim de que as necessidades das pessoas sejam melhor acolhidas nos serviços de saúde. Desse modo, este estudo vem contribuir para fortalecer as ações do Programa de Extensão de Condições Crônicas: cuidados inovadores. Assim, o objetivo do estudo foi analisar o cuidado do enfermeiro às pessoas com deficiências na Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa, um método que inclui a análise de pesquisas significantes que dão suporte para a resolução e melhoramento da prática clínica,

além de identificar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Para o rigor metodológico do estudo, seis etapas foram percorridas⁵. Em cumprimento à primeira etapa, formulou-se a partir da estratégia PICO a seguinte questão norteadora: Qual o papel do enfermeiro no cuidado às pessoas com deficiências na Atenção Primária de Saúde? Considerou-se P corresponde à população: enfermeiros, I: interesse: pessoas com deficiência, Co: Contexto: atenção primária de saúde⁶.

Na segunda etapa, adotou-se como critérios de inclusão: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados na íntegra, com os resumos disponíveis na base de dados selecionadas, que tivessem como foco do estudo a enfermagem na assistência de pessoas com deficiência, publicados no período compreendido entre 2008 a 2017, incluindo nesta busca o ano de 2008, pois corresponde ao período de publicação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência. E como critérios para exclusão: cartas, editoriais, relatos de experiência, estudos de casos, dissertações e teses.

Na sequência, realizou-se a busca por artigos no período de outubro a novembro de 2017, nas bases de dados eletrônicas disponíveis: Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Portal *National Library of Medicine National Institute of Health (Pubmed)* que engloba a MEDLINE, bibliotecas digitais (Banco de Teses da CAPES), biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, por meio dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde e descritores em língua inglesa *Medical Subject Headings (MeSH)*: "Pessoas com deficiência (*Disabled people*)", "Atenção primária de saúde (*Primary healthcare*)", "Enfermagem (*Nursing*)" e seus correspondentes no idioma em espanhol, utilizando o operador Booleano "AND" entre os descritores.

Na terceira etapa, os resumos foram avaliados e as produções que atenderam aos critérios previamente estabelecidos, foram selecionadas para este estudo e lidos na íntegra. Para a obtenção dos dados foi adotado um instrumento validado por Ursi e Galvão⁷ para extração das informações: ano de publicação, idioma, autoria, objetivo do estudo, método, resultados, conclusões e níveis de evidência⁶.

Na quarta etapa, foi realizada a análise das informações por meio da leitura dos artigos selecionadas na íntegra. Os dados foram organizados e categorizados. A quinta etapa consistiu na interpretação dos resultados e avaliação do papel do enfermeiro no cuidado às pessoas com deficiência e possíveis recomendações para a prática, a partir de suas conclusões.

Na sexta etapa foi elaborada a revisão/síntese do conhecimento produzido sobre o papel do enfermeiro no cuidado às pessoas com deficiência⁵. A Figura 1 apresenta o processo dos artigos selecionados desta revisão integrativa.



Figura 1. Fluxograma de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos para a revisão integrativa, de 2008 a 2017. Alfenas, MG, Brasil, 2018.



Fonte: Adaptação do *Flow Diagrama* do processo de seleção de artigos da revisão integrativa, de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*.

Resultados

Dos 11 artigos, constatou-se que em relação ao delineamento metodológico, três (27,5%) eram de revisão integrativa, dois (18%) descritivo/qualitativo, dois (18%) qualitativo, um (9%) descritivo, três (27,5%) descritivo/exploratório/qualitativo. Quanto aos níveis de evidência, dois (18%) foram classificados no nível V, sendo revisão sistemática de estudos descritivos/qualitativos, nove (82%), nível VI, estudos descritivos/qualitativos.

Em relação ao idioma dos estudos, 10 (91%) foram publicados em inglês e um (9%) em português, no entanto, todos foram desenvolvidos no Brasil. Quanto aos autores, 10 (91%) pertenciam ao Departamento ou Escolas de Enfermagem e um (9%) com autoria da área médica. O Quadro 1 apresenta os artigos em relação ao título, autor, ano de publicação, país, tipo de estudo, bases de dados e níveis de evidência.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na revisão em relação ao título, autor, ano de publicação, país, tipo de estudo, bases de dados e níveis de evidência. Alfenas, Minas Gerais, Brasil, 2018

Título	Autor	Ano	País	Tipo de estudo	Base de Dados	Níveis de Evidência
Assistance to the person with Parkinson carrier in the context of family health strategy	GALVÃO et al.	2016	Brasil	Descritivo, exploratório, qualitativo	Capes	VI
Nursing care to patients in primary care in hemodialysis	CASTOLI; GARCIA; HARTWIG	2016	Brasil	Qualitativo	Capes	VI
Nursing consultation to deaf people: a contextual analysis	ARAUJO et al.	2015	Brasil	Revisão Integrativa	LILACS	V
Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model	DUARTE et al.	2015	Brasil	Descritivo, exploratório, qualitativo	Capes	VI

Communication with people with hearing disabilities: an integrative review	MIRAND; SHUBERT ; MACHAD O	2014	Brasil	Revisão Integrativa	LILACS	VI
Acessibilidade de idoso com deficiência física na atenção primária.	GIRONDI et al.	2014	Brasil	Qualitativo, descritivo	LILACS	VI
The accessibility of children with disabilities to primary healthcare services	ROSÁRIO et al.	2013	Brasil	Descritivo, exploratório, qualitativo	Capes	VI
The no-care of patients with spinal cord injuries in primary care: bioethical challenges for health policies	FRANÇA et al.	2012	Brasil	Qualitativo, descritivo	BDEFN	VI
Physical disability in the elderly and accessibility on primary health care: integrative review of the literature	GIRONDI ;SANTOS	2011	Brasil	Revisão Integrativa	BDEFN	V
Symbolical violence in the access of disabled persons to basic health units	FRANÇA et al.	2010	Brasil	Descritivo	Capes	VI
Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center	OTHERO; DALMAS O	2009	Brasil	Qualitativo	LILACS	VI

A partir da análise dos resultados, foi construída a síntese do conhecimento em três categorias, quais sejam: barreiras na comunicação, barreiras físicas/arquitetônicas e barreiras na compreensão da deficiência.

Discussão

Barreiras de comunicação

A comunicação constitui um instrumento básico do enfermeiro para o processo terapêutico do cuidado, pelo fato de produzir a dialogicidade, a empatia, a compreensão do outro, a humanização^{8,9}, por aproximar as relações e compreender as subjetividades⁸, o contexto sociocultural e as necessidades, para que se possa atribuir um cuidado qualificado¹⁰. Ainda, por ser uma profissão praticada em equipe, deve-se valorizar, entender e dominar as diferentes formas de comunicação¹¹.

No entanto, a realidade tem demonstrado que as pessoas com deficiência auditiva são as que mais apresentam dificuldade na sociedade em comparação as pessoas com outras deficiências e as que desafiam e superam as maiores falhas existentes, pois não apresentam a possibilidade de expor suas dúvidas e inquietações, além de serem erroneamente comparados com deficientes mentais¹².

Embora o acesso universal e igualitário esteja previsto no Decreto nº 6.949 de 2009¹³, no Estatuto da Pessoa com Deficiência¹ e nos princípios do SUS¹⁴, os serviços de saúde não estão preparados para o atendimento dessas pessoas, pelo fato dos profissionais de saúde não ter

a devida capacitação para a utilização de diferentes estratégias de comunicação, o que torna as ações nesse âmbito ainda incipientes.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência recomenda a presença de *Translador Interpreter of Libras* (TILS), intérprete, profissional que domine processos, modelos, estratégias, técnicas de tradução e interpretação¹⁵, porque contribui efetivamente na comunicação. Contudo, estes intérpretes podem não ser profissionais de saúde, o que prejudica a pessoa com surdez manifestar as suas necessidades, principalmente de fórum íntimo¹⁶. Assim como, a presença de um familiar, porque a pessoa com deficiência encontra dificuldade em se expressar e criar vínculo com o profissional, o que corrobora para uma consulta médica e de enfermagem ineficaz¹².

Nessa lógica, as consultas de enfermagem têm apresentado fragilidades pela falta de capacitação para outras linguagens, a exemplo da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), pelas condições desvantajosas de trabalho, pelos sentimentos negativos que transpõem o atendimento, pelas dificuldades de compreensão de ambas as partes e pelas condições contextuais representadas pelas políticas públicas^{1,17}.

Diante dessa realidade, a competência do enfermeiro deve ser ampliada, a fim de que se torne possível a melhor aproximação aos que possuem alguma deficiência³.

Desse modo, para minimizar as barreiras de comunicação, os profissionais veem utilizando algumas ferramentas de comunicação que possibilitam a compreensão da pessoa deficiência. Dentre essas estão, a comunicação verbal escrita, comunicação via dispositivos



visuais, presença de um familiar ou de acompanhante, o uso de gestos que confiam ser apropriadas para transmitir às pessoas com deficiência o que estão querendo expor, além da verbalização, o toque e a leitura de expressões faciais/corporais¹⁸. Recomendam-se, a inclusão da simulação com experiências sensoriais nas disciplinas, tendo em vista que a capacitação dos profissionais contribui para a assistência qualificada e a adesão das pessoas com deficiência aos serviços de saúde¹⁹.

Embora sejam realizadas pesquisas sobre a comunicação não verbal, ainda é incipiente estudos relacionados à comunicação efetiva da equipe de saúde com as pessoas com deficiência, especificamente de pessoas com surdez.

A existência de barreiras dificulta ao enfermeiro propor ações de cuidado que atendam as distintas necessidades destas pessoas. A implementação de políticas públicas, a valorização do incomum e a preocupação com o desigual como forma de mudança de conceitos e paradigmas podem contribuir para fortalecer a prática profissional, da mesma forma a inclusão de disciplinas obrigatórias como a de Libras nos cursos de graduação¹.

Barreiras de acesso

A acessibilidade é a capacidade de se conectar as pessoas, aos lugares e as possibilidades, fazendo com que as limitações sejam reduzidas, garantindo o acesso das pessoas aos serviços de saúde²⁰⁻²¹.

No Brasil, a acessibilidade das pessoas com deficiência está prevista no Decreto 3298/99, pela Lei n.º 10.098/2000, na Norma Técnica NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no Estatuto da pessoa com deficiência, nos princípios do SUS e na Política de Humanização, principalmente relacionada a ambiência, que é o tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana e sejam lugares de encontro entre as pessoas²². A NBR 50 aborda as condições e os padrões de medidas regulamentadas para proporcionar as mais adequadas condições de acesso as vias públicas e a arquitetura urbana²³.

A acessibilidade é abordada nos estudos sob diferentes perspectivas, como acesso geográfico, que é o caminho percorrido pelo paciente da sua residência até a Unidade Básica de Saúde, somado com o tempo de deslocamento. Ele é permeado pela falta de insumos de segurança no trânsito, somado a ausência de sinalização visual com o local do serviço de saúde, presença de desnivelamento ou carência de calçadas, árvores, entulhos no caminho de acesso, estacionamento de automóveis em frente às rampas de acesso e a falta de transporte público²⁴.

Nas unidades de saúde a realidade experienciada pelos usuários é muito similar aos da via pública, o que se configura pela falta de rampas de acesso, falta de corrimão nas escadas, de barras de segurança nos sanitários e pisos escorregadios; o que contrapõe ao preconizado pela NBR 9050²³. O tecido urbano falho, juntamente com o serviço de saúde apresentam falhas que prejudicam não só as pessoas com deficiência, mas a população como um todo, uma vez que tudo que afeta o livre acesso, evidencia como indicador de risco para saúde^{24,25}.

Estas barreiras impedem que a Atenção Primária de Saúde atue como porta de entrada dessa clientela ao serviço de saúde, o que compromete o acesso funcional das pessoas, desencadeando frustrações, baixa autoestima, impactos no comportamento e dificuldade de socialização. Ao profissional, cabe o respeito às diversidades, tornando essas pessoas integrantes da sociedade, livre de discriminações e de preconceitos²⁶.

Estudo realizado por enfermeiros com pessoas que possuíam dificuldade de acesso ao serviço de saúde constatou que a deficiência física era a principal dificuldade, mesmo entre aquelas pessoas que possuíam meios alternativos de transporte, pois, cria-se a dependência de terceiros, principalmente na ausência de ferramentas de apoio²⁷.

É importante tornar as pessoas como agentes ativos na defesa da saúde e para isso, é necessário que enfermeiros ampliem a concepção sobre as finalidades preventivas da prática para uma visão de finalidade e ações mais abrangentes, coerentes com a integralidade em saúde. Uma possibilidade para mudança da prática consiste em relações mais efetivas entre o profissional e o usuário, sendo uma delas o acolhimento⁵.

Nesse cenário é importante entender que a deficiência não é um problema individual e sim uma questão social, o que concede a responsabilidade das limitações corporais para as incapacidades da sociedade em se adaptar a heterogeneidade²⁸. Ainda, o desprovimento de recursos de acesso às instituições públicas de saúde revela o descaso do poder público. Apesar da legislação brasileira contemplar as questões de acessibilidade, a realidade se mostra diferente, depara-se ainda com a falta de infraestrutura, ausência de bens materiais e transporte, condições essas que prejudicam o atendimento das pessoas com deficiência. Torna-se necessário a realização de novos estudos para a melhor compreensão da vivência das pessoas com deficiência²⁵.

Barreiras na compreensão da deficiência

Existem inúmeros termos utilizados para a definição de deficiência, como incapacidade, deformidade ou malformação, o que determina a complexidade no entendimento deste conceito. A princípio, deficiência presume em alterações ou modificações que resultam em limitações em relação ao ser e ao meio de interação. A



concepção muitas vezes errônea reside na discordância sobre as alterações e limitações que representam a deficiência²⁹.

As diferentes compreensões dessas limitações se devem ao fato de que algumas pessoas não vivenciam a deficiência, pois não permitem que esta seja o determinante principal de sua existência, impedindo assim, que a deficiência se torne um obstáculo. Nesse entendimento, a deficiência não é consequência apenas de incapacidades, mas da ambiência social desfavorável à heterogeneidade. Sendo assim, compreende-se que o problema não está na pessoa ou na sua deficiência, mas que a deficiência assume uma dimensão social que leva a pessoa à exclusão^{30,31}.

Desse modo, um dos principais objetivos da atenção primária é atribuir a visibilidade social para a construção da inclusão, minimizando preconceitos, garantindo direitos, estabelecendo redes de apoio, criando oportunidades de socialização e assim, propiciando melhoria no acesso ao serviço de saúde³². No entanto, este propósito constitui um desafio, tendo em vista a fragmentação do cuidado e a ausência de integração entre a equipe multidisciplinar, decorrendo de falhas de políticas públicas, juntamente com a escassez de serviços de referência e contra referência. Por consequência, a vulnerabilidade interna da atenção básica resulta em um trabalho não cooperativo e não coletivo³³, o que é contraproducente ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)^{27,34}.

A PNAB designa funções exclusivas à equipe de saúde da atenção básica, sendo relevante ao enfermeiro a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários e das famílias adscritas³⁴. Nessa lógica, o enfermeiro é o que assegura maior relação com os usuários, tendo em vista a grande aproximação com a clientela, e a assistência domiciliar muito colabora para a redução das incapacidades, como ocorre com as pessoas com doenças crônicas que vivenciam terapêuticas singulares³⁵. A assistência fragmentada repercute em inúmeras representações, tanto para as pessoas que vivenciam a deficiência como para os profissionais que compreendem o fenômeno deficiência/reabilitação no modo próprio de atuação³².

Para o cuidado mais inclusivo e integrado, há necessidade da assistência de enfermagem específica e

especializada, que valorize o ser humano na sua singularidade e pluridimensionalidade e que seja capaz de articular com os diferentes profissionais numa perspectiva da transdisciplinaridade, incluindo diferentes níveis de atenção à saúde, ações e cuidados³⁶.

A atuação do enfermeiro como responsável pela promoção e prevenção da saúde vincula-se a programas de qualificação para que estes sejam capazes de elaborar planos e projetos de assistências condizentes com as demandas das pessoas com deficiência^{30,31}.

Posto isto, compreende-se a dificuldade do profissional de enfermagem em desenvolver ações de cuidado junto às pessoas com deficiência. Esta dificuldade deve-se a falta de compreensão sobre a deficiência e a limitação do conhecimento em relação a acessibilidade, uma vez tem valorizado apenas as barreiras arquitetônicas e não as barreiras geográficas e atitudinais. Dessa forma, as bases, bibliotecas virtuais e bancos de dados consultados com os descritores adotados podem representar uma das limitações desse estudo. Sugerem-se, pesquisas que retratem experiências que possam contribuir para o cuidado de enfermagem mais inclusivo na Atenção Básica de Saúde; a inclusão de outras linguagens nos cursos de graduação em enfermagem e a educação permanente em serviço com abordagem na temática em questão.

Conclusão

Conclui-se a dificuldade do enfermeiro em desenvolver ações de cuidado junto às pessoas com deficiências, tendo em vista a falta de compreensão sobre a deficiência, a falta de domínio em outras linguagens e a limitação do conhecimento em relação a acessibilidade. Por conseguinte, apresentam limitações na qualidade do atendimento levando a fragmentação do cuidado, por considerarem que estas pessoas devem ser assistidas pela atenção especializada. Essas fragilidades demonstram que a atuação da enfermagem pode melhor alinhar-se aos princípios do SUS e ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, uma vez que as atribuições do enfermeiro abrangem a integralidade do cuidado.

Desse modo, o cuidado inclusivo contribui para que a pessoa com deficiência não se torne imperceptível do ponto de vista do serviço de saúde, o que contribui para a baixa autoestima, preconceitos e constrangimentos.

Referências

1. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 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). 2015 [citado 2018 jun. 03]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm



2. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VL, Goulart BN, et al. Self-reported prevalence of disability in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(10):3253-3264. doi: 10.1590/1413-812320152110.17512016.
3. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1499-1509. doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015.
4. Costa PCP, Garcia FRPA, Toledo PV. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):2-7. doi: 10.1590/0104-07072016004550014.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-764. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.
6. Melnyk BM, Fineout-overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 2 edition Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
7. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-131. doi: 10.1590/S0104-11692006000100017.
8. Broca PV, Ferreira MA. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. *Esc Anna Nery*. 2015;19(3):467-474. doi: 10.5935/1414-8145.20150062.
9. Pereira BC, Freitas LA, Gonçalves AM, Santos RP, Vilela SC. Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 2019; 23(53):230-238. doi:10.14198/cuid.2019.53.22
10. Dantas TRA, Gomes TM, Costa TF, Azevedo TR, Brito SS, Costa KNFM. Comunicação entre a equipe de enfermagem e pessoas com deficiência auditiva. *Rev Enferm UERJ*. 2014 [citado 2018 jul. 10]; 22(2):169-174 Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a04.pdf>
11. Conselho Federal de Enfermagem. Plenário do Conselho Federal de Enfermagem. Gestão 2015/2018. Manual Selo da Qualidade - Cofen. 2016.
12. Araújo CCJ, Coura AS, França ISX, Araújo AKF, Medeiros KKAS. Nursing consultation to deaf people: contextual analysis. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(1):38-44. doi: 10.7322/abcshs.v40i1.702.
13. Brasil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. 2009. [citado 2019 ago 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [citado 2019 ago 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
15. Brasil. Ministério da educação e cultura. O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa. 2004. [citado 2019 ago 15]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/tradutorlibras.pdf>
16. Oliveira YCA, Celino SDM, Costa GMC. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis*. 2015; 25(1). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>.
17. Pires HF, Almeida MAPT. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Rev Enferm Contemporânea*. 2016;5(1):68-77. doi: 10.17267/2317-3378rec.v5i1.912.
18. Miranda RS, Shubert CO, Machado WCA. Communication with people with hearing disabilities: an integrative review. *J res.: fundam Care online*. 2014; 6(4):1695-1706. doi: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1695-1706.
19. Castro SS, Rowe M, Andrade FL, Cyrino EG. Developing competencies among health professions students related to the care of people with disabilities: a pilot study. *Interface Comunic, Saude, Educ*. 2018; 22(65):551-563. doi: 10.1590/1807-57622016.0684.
20. Brasil. Portaria n. 3.284, de 7 de novembro de 2003. Dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos, e de credenciamento de instituições. 2003. [citado 2018 mai 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/port3284.pdf>.
21. Amorim EG, Liberali R, Neta O MM. Avanços e Desafios na Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência na Atenção Primária no Brasil: Uma Revisão Integrativa. *Holos*. 2018; 34(1):224-236. doi: 10.15628/holos.2018.5775.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. 2010. [citado 2018 mai 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf
23. Associação Brasileira de normas técnicas. NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaços, mobiliários e equipamentos urbanos. 2004. [citado 2018 dec 03]. Disponível em: <https://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/abnt-nbr9050-edicao-2015.pdf>
24. Girondi JBR, Santos SMA, Hammerschmidt KSA, Tristão FR. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2014 [citado 2018 jun 20];19(3):825-837. Disponível em: [file:///D:/Documents%20and%20Settings/evveiga/Meus%20documentos/Downloads/46672-223005-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Documents%20and%20Settings/evveiga/Meus%20documentos/Downloads/46672-223005-1-PB%20(1).pdf)
25. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Symbolical violence in the access of disabled persons to basic health units. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):964-970. doi: 10.1590/S0034-71672010000600015.
26. Pagliuca LMF, Mariano MR, Oliveira PMP, Oliveira MG, França ISX, Almeida PC. Repercussion of inclusive public policies according to disabled people. *Esc Anna Nery*. 2015 Jul/Set; 19(3):498-504. doi: 10.5935/1414-8145.20150066.
27. Morente SB, Ventura PPE, Carvajal PC. Communication as an essential tool for deaf people's health care. *Physis* 2015 Jan/Mar; 25(1). doi: 10.1590/S0103-73312015000100017.
28. Girond JBR, Santos SMA. Physical disability in the elderly and accessibility on primary health care: integrative review of the literature. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(2):378-384. doi: 10.1590/S1983-14472011000200023.
29. Bampi LNS, Guilhem D, Alves ED. Social Model: A New Approach of the Disability Theme. *Rev Latino- Am Enferm*. 2010 [cited 2018 June 20];18(4):1-9. Available from: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6246/1/ARTIGO_SocialModel.pdf
30. Holanda CMA, Andrade FLJP,



- Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, et al. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciê Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):175-184. doi: 10.1590/1413-81232014201.19012013.
31. Othero MB, Dalmaso ASW. Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(28):177-188. doi: 10.1590/S1414-32832009000100015.
32. Missel A, Costa CC, Sanfelice GR. Humanization of health and social inclusion in caring for people with physical disabilities. *Trab. educ. saúde*. 2017; 15(2):575-597. doi: 10.1590/1981-7746-sol00055.
33. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface Comunicação saúde educação*. 2017; 21(62):589-99. doi: 10.1590/1807-57622016.0420.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. [citado 2018 mai 20]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
35. Castoli ARS, Garcia SM, Hartwig SV. Nursing care to patients in primary care in hemodialysis. *Rev Gest Saúde*. 2016 Set; 7(3):1200-12015.
36. Justino AS, Veras CNSS. The difficulties of the professional nurse facing the promotion of family health strategy in family health: experience report. *R Interd*. 2016; 9(1):241-253.

