

# Comunicação em cuidados de saúde primários com pessoas com deficiência visual

**Rita Pereira** - ACAPO, Portugal. [rita.apc@gmail.com](mailto:rita.apc@gmail.com)

**Carla Freire** - ESECS, CI&DEI, CICS.NOVA.IPLeiria – iACT, Politécnico de Leiria, Portugal. [carla.freire@ipleiria.pt](mailto:carla.freire@ipleiria.pt)

## Resumo:

Partindo do princípio que de um modo geral, as pessoas com deficiência visual apresentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o presente artigo pretende diagnosticar em que medida os serviços de saúde primários se encontram preparados para atender este grupo de pessoas. Analisar-se-ão as barreiras que poderão existir na relação entre a resposta destes serviços e as necessidades das pessoas com deficiência visual, nomeadamente no que diz respeito ao acesso à informação escrita, à mobilidade e à comunicação, no decorrer dos atos clínicos e administrativos. O objetivo geral do trabalho será analisar formas de otimizar a comunicação entre médicos de família, enfermeiros e administrativos e as pessoas cegas e com baixa visão, utilizadoras de uma unidade de cuidados de saúde primários (Centro de Saúde) em Leiria. O estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, de âmbito exploratório-descritivo e trata-se de um estudo de caso. Pretende-se como resultado do estudo criar um manual de boas práticas que consciencialize profissionais desta área para a promoção de serviços de saúde facilitadores da comunicação, da autonomia, privacidade e dignidade das pessoas com deficiência visual no acesso aos cuidados de saúde primários.

**Palavras-chave:** Deficiência visual; Comunicação na saúde; Acessibilidade nos centros de saúde; Cuidados saúde primários.

## Abstract:

Assuming that visually impaired people generally present difficulties in accessing health services, this article aims to diagnose the extent to which primary health care services are prepared to serve people with visual impairment. Analysis will be conducted of the barriers that may exist in the relationship between the services provided and the needs of persons with a visual impairment, especially in regard to written information, mobility and communication during clinical and administrative acts. The general goal of the work is to analyse ways of optimising communication between general practitioner (GP's), nurses and administrative staff and visually impaired persons at a Personalised Health Care Unit in Leiria. The study falls within the qualitative paradigm, is exploratory and descriptive in nature, and constitutes a case study. The intended outcome of the study is the production of a best practice manual to raise awareness among health professionals in order to promote health services that facilitate communication and the autonomy, privacy and dignity of visually impaired persons who wish to access primary health care.

**Keywords:** Visual impairment; Communication in health; Accessibility in health centers; Primary health care.

## **Introdução**

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Resolução da AR nº56/2009) é objetivamente referido que a discriminação é proibida (art. 5.º), garantindo-se às pessoas com deficiência “igual e efetiva” proteção contra a discriminação por qualquer motivo. Neste sentido, os Estados Parte, nos quais se inclui Portugal, devem garantir medidas que promovam, sempre que necessário, adaptações razoáveis para que as pessoas com deficiência possam exercer, em condições de igualdade com as demais, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. Embora a legislação seja objetiva e clara no que se refere a estes princípios, ainda há muitos constrangimentos denunciados pelas pessoas com deficiência. O Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. (INR) analisou entre 2011 e 2016 as queixas relativas a discriminação com base na deficiência e verificou que o domínio que regista um maior número de queixas é a acessibilidade, seguida da educação e da saúde (Pinto e Pinto, 2017).

Segundo a União Europeia de Cegos (European Blind Union, 2018) existem na Europa 30 milhões de pessoas com DV a enfrentar a inacessibilidade diariamente, em várias áreas, como por exemplo: acesso ao turismo, a transportes públicos ou manuais escolares acessíveis.

A ausência de adaptações que permitam contornar as limitações decorrentes da falta de visão, nomeadamente em termos de acessibilidade na informação escrita e na orientação e mobilidade em espaços físicos, podem comprometer o acesso das pessoas cegas aos serviços de saúde (O’Day, Killeen e Lezzoni, 2004).

Por este motivo, considera-se pertinente investigar o tema da acessibilidade na saúde, em particular no que se relaciona com o domínio visual, de forma a permitir a identificação e análise de dificuldades que possam existir em termos comunicacionais na relação entre profissionais e pessoas com deficiência visual (DV) no decorrer das consultas e tratamentos e, nas deslocações destas pessoas no próprio espaço físico.

Neste sentido, coloca-se a questão: em que medida o Centro de Saúde responde às necessidades comunicacionais e de acessibilidade das pessoas com deficiência visual nos cuidados de saúde primários? O trabalho em causa ambiciona compreender em que medida os Centros de Saúde se encontram preparados e adaptados de forma a garantir o acesso autónomo à pessoa com deficiência visual. Com o intuito de se analisarem formas de otimizar o acesso e a comunicação entre as referidas pessoas e os vários intervenientes nos centros de saúde e de forma a responder à questão de investigação, foram traçados como objetivos específicos:

Compreender como se estabelece a comunicação entre os médicos de família, enfermeiros e administrativos e as pessoas com DV no decorrer da consulta, tratamentos e restantes atos administrativos;

Analisar o suporte de informação disponibilizado à pessoa com DV no âmbito das consultas/tratamentos;

Descrever as condições de acessibilidade do espaço interior e a perceção dos utentes com DV face à sua orientação e mobilidade neste contexto.

## **Enquadramento teórico**

### ***Direito à saúde (inclusiva) das pessoas com deficiência ou incapacidade***

É essencial garantir efetivamente o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência, tal como impõe a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência junto dos seus Estados Parte. A convenção reforça a proibição da discriminação destes cidadãos através de leis, políticas e programas que atendam especificamente às suas características e promovam a sua participação na sociedade. O artigo 25.º desta Convenção destaca o direito de acesso ao mais alto padrão de cuidados de saúde, sem discriminação, por parte das pessoas com deficiência ou incapacidade (PCDI). Todavia, para que a afirmação deste direito se efetive é imperativa a conjugação de outros direitos, tais como: a acessibilidade (artigo 9.º), ou seja, o acesso, em condições de igualdade com os demais, ao ambiente físico, ao transporte, à informação e aos serviços prestados ao público; a mobilidade pessoal das

PCDI com a maior independência possível (artigo 20.º); e a liberdade de expressão, opinião e acesso à informação (artigo 21.º) das PCDI em condições de igualdade com as demais, através de todas as formas de comunicação da sua escolha (formatos e tecnologias acessíveis) (Resolução da AR n.º56/2009, 2009).

Note-se ainda que os valores fundamentais sobre os quais se baseia o Sistema de Saúde português são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade, que vão ao encontro dos consignados na referida Convenção. Cabe ao Estado respeitar, proteger e implementar o direito à saúde por parte de todos os cidadãos, entendidos como importantes agentes de participação e de mudança na gestão da sua saúde (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2016). Por sua vez, os cuidados de saúde primária, promovidos pelos Agrupamentos de Centros de Saúde, são a primeira linha de resposta do Sistema Nacional de Saúde, acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade. Primam pelo ponto de vista da proximidade, continuidade, acessibilidade e equidade e contrariam desigualdades em saúde que afetam grupos vulneráveis como é o caso das pessoas com deficiência (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2013).

### ***A Deficiência visual no mundo***

A deficiência visual é uma condição visual que afeta a nossa capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia e que é agravada pelo meio em que vivemos. Ter uma deficiência visual pode compreender uma perda total ou quase total de visão - cegueira, ou uma perda parcial - baixa visão, cujos efeitos podem ser atenuados por meio de recursos óticos/não óticos e assim preservar-se alguma funcionalidade (Associação dos cegos e Amblíopes de Portugal, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2018b) afirma que 253 milhões de pessoas vivem com deficiência visual: 36 milhões são pessoas cegas e 217 milhões apresentam DV moderada a grave. Destaca-se que 81% apresentam 50 anos ou mais, sendo que com o aumento da população idosa, mais pessoas estarão em risco de vir a sofrer de DV devido a doenças oculares crónicas (Bourne et al., 2017).

De acordo com os Censos (2011) existem em Portugal cerca de 900 mil cidadãos com dificuldades de visão, sendo que 28 mil não conseguem ver, mesmo usando óculos ou lentes de contacto, ficando por esclarecer o número de pessoas com baixa visão.

### ***Implicação da deficiência visual na participação social***

Vivemos numa sociedade onde os apelos à capacidade visual são constantes e é através do sistema visual que integramos mais de 80% dos estímulos do ambiente (Corsi, 2001). A visão permite a aprendizagem por imitação e o simples facto de se observar, interagir e explorar o mundo, estimula a aprendizagem (Sá, Campos e Silva, 2007). Apesar da perda de visão poder acontecer em qualquer fase da vida, a ausência total ou parcial da visão na infância pode interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo, emocional, social e na aquisição da linguagem. Estas dificuldades podem perdurar ao longo de toda a vida, se atempadamente não houver uma estimulação e reabilitação adequadas, o que será determinante para a independência de qualquer adulto (Corsi, 2001).

Segundo Pedroso, Alves, Elyseu e João (2012) a aquisição da DV na idade adulta é um fator de redução da vida social quotidiana e poderá implicar restrições na mobilidade, nas atividades profissionais, sociais e na execução das tarefas quotidianas podendo levar a condições de dependência, bem como à desconstrução da identidade e papéis sociais atribuídos.

Outros fatores que comprometem a participação social das pessoas com DV relacionam-se com a participação em atividades de lazer pela existência de barreiras arquitetónicas, atitudinais, muitas vezes associados a pré-conceitos relacionados com a deficiência (Parnof, 2010).

A aceitação e a adaptação à DV beneficiam da ajuda de profissionais (psicólogos, técnicos na área da reabilitação) e do importante apoio dos familiares e grupos sociais. É correto que a perda da visão é compensada parcialmente por outras modalidades sensoriais, mas os restantes sentidos não se ativam espontaneamente, é essencial serem estimulados e treinados. Exige-se uma relação entre pessoas, produtos de apoio e meio para que a pessoa com DV restabeleça a

sua relação com a comunidade, a partir das competências que detém e que readquiriu, contornando-se assim as dificuldades decorrentes da deficiência visual (Parnof, 2010).

### ***Barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários***

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Organização Mundial de Saúde, 2018a), as pessoas com deficiência relatam procurar mais cuidados de saúde do que as pessoas sem deficiência e apresentam mais necessidades não respondidas. De igual modo enfrentam uma série de barreiras quando tentam aceder aos serviços de saúde, tais como: custos elevados (consultas e transportes); serviços disponíveis limitados; barreiras físicas; falta de formação e conhecimento dos profissionais de saúde para lidar com as suas necessidades. A OMS propõe como meio de combater estas barreiras: melhoria das políticas e legislação ao nível da inclusão na saúde; melhoria das condições de adesão aos seguros de saúde privados por parte das pessoas com deficiência; melhoria da acessibilidade dos edifícios, serviços e informação na saúde; integração da temática da deficiência na formação académica/profissional dos agentes de saúde; desenvolvimento de estudos de investigação na área da saúde sobre população com deficiência.

No que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde primários, O'Day, Killeen e Lezzoni, (2004) constataram que as pessoas com DV enfrentam desafios especiais na obtenção de cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados no paciente. Apontam como principais barreiras a comunicação, o respeito básico, a inacessibilidade física e, como oportunidades de melhoria, os seguintes aspetos: a) Formação dos médicos e outros profissionais (boas práticas: cuidados centrados no utente, respeitando valores, preferências e privacidade; verbalização dos atos clínicos; abordar diretamente a pessoa com DV e não o seu acompanhante); b) Sinalização e eliminação barreiras físicas (o serviço dispor de informação específica sobre a rede de transportes para acesso à unidade; sinalética em braille e ampliado numa altura apropriada); c) Comunicação efetiva (respeitar preferências dos utentes face ao suporte da informação escrita, braille/ampliado e prever alternativas, telefone/e-mail; garantir privacidade quando se preenchem formulários; permitir gravação de consultas e instruções sobre a medicação).

A Royal National Institute of Blind People (Royal National Institute of Blind People, 2018) concluiu que 95% das pessoas avaliadas com DV, utilizadoras do sistema nacional de saúde britânico, consideraram importante receber a informação num suporte que lhes permita a leitura autónoma. No entanto, a maior parte referiu não ter acesso à informação num formato legível e, por isso, sentir falta de privacidade e independência (dependência de terceiros para aceder a informação pessoal), insegurança/risco associado à toma errada de medicamentos e perda de atos clínicos. Os profissionais concordaram com a necessidade de existir informação em suportes acessíveis, mas nas suas organizações não existe uma política clara sobre a acessibilidade nem recursos, nem conhecimento dos próprios para providenciar a informação. Destaca o estudo que os médicos poderão melhorar as experiências de cuidados de saúde de pacientes cegos e com baixa visão usando uma comunicação personalizada (Sibley, 2009).

Cuples e Jackson (2012) reforçam também que a comunicação neste contexto pode otimizar-se pela disponibilização de informação escrita em suportes acessíveis, pelo apoio na deslocação e orientação em ambientes desconhecidos e pela comunicação face a face com a pessoa com DV, usando uma linguagem específica e precisa. Igualmente importante é a dedicação de tempo extra dos médicos sempre que necessário, nas consultas com pessoas com deficiência visual.

A comunicação é a competência vital para a prática de cuidados de saúde. Comunicar é muito mais do que providenciar conteúdo informativo, inclui aptidões interpessoais que permitem ao profissional adequar a informação que pretende comunicar. O desenvolvimento de competências e padrões de comunicação na organização torna-se útil para clarificar a perceção das necessidades dos doentes, essencialmente dos que encontram barreiras nos serviços de saúde, como é o caso das pessoas com DV (Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno e Lima, 2014).

## **Metodologia**

### ***Tipo de estudo de investigação***

O estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, na medida em que se preocupa mais pelo processo do que pelos resultados, cujo significado apresenta uma importância vital neste paradigma.

Não interessa confirmar/infirmar e generalizar à população uma hipótese, mas antes compreender a visão dos participantes sobre as dificuldades que, neste caso, sentem no acesso aos cuidados de saúde primários e sim, analisar a que outros contextos e pessoas os resultados podem ser aplicados.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo na medida em que, ao nível exploratório, pretende reconhecer, identificar e descrever as dificuldades ao nível da comunicação entre profissionais e as pessoas com DV, ao nível do suporte de informação disponibilizado no âmbito das consultas/tratamentos e das condições de acesso relacionadas com a orientação e mobilidade das pessoas com DV no Centro de Saúde. Tem como objetivo responder a 3 questões importantes relacionadas com o fenómeno em causa: O quê? Quem? Quais são os fatores e as perceções? Por outro lado, perspectiva ao nível descritivo, descrever as variáveis e as relações possíveis entre os fatores que permitam compreender o porquê das dificuldades presentes na comunicação na saúde, na resposta às pessoas com DV, em cuidados de saúde primários (Fortin, 1999).

A presente investigação enquadra-se num estudo de caso na medida em que se delimita a grupo/sistema de pessoas (profissionais e pessoas com DV) num determinado tempo e espaço (Centro de Saúde), tendo como fim descrever e interpretar o fenómeno em causa (dificuldades na comunicação na saúde com pessoas com DV) através de procedimentos baseados na recolha de dados em vários formatos e abordagem de diferentes temas (Clark e Creswell, 2015).

O estudo de caso permite ajudar a compreender as perguntas já referidas anteriormente, pois proporciona densas descrições da realidade que se pretende estudar e explora áreas ou temas pouco estudados e, assim, possibilita construir teoria a partir da realidade empírica.

### ***Sujeito/objeto de estudo***

Os participantes deste estudo serão os profissionais e os utentes com deficiência visual de um Centro de Saúde em Leiria.

Os profissionais terão que pertencer ao quadro de recurso humanos da instituição, contactar diretamente com as pessoas com DV e desempenhar as seguintes funções: médico de família,

enfermeiro ou administrativo. Os utilizadores com DV da unidade terão que ser adultos, maiores de 18 anos.

Serão também objeto de estudo os documentos informativos ou relacionados com consultas/tratamentos prestados às pessoas com DV (desde que autorizados) e, ainda, o próprio espaço do Centro de Saúde em termos de acessibilidade física (sinalética, apoio nas deslocações, uso de contrastes).

### ***Técnicas e instrumentos de recolha de dados***

As técnicas a empreender serão a observação, por meio de uma grelha semi-estruturada e o inquérito por entrevista semi-estruturada.

A grelha de observação semi-estruturada enquanto instrumento da técnica de observação, utilizar-se-á com o objetivo de explorar e verificar, através da definição de indicadores, aspetos relacionados com a acessibilidade dos documentos prestados aos utentes e com o espaço físico do centro de saúde.

No que se refere à entrevista, optar-se-á por um guião semi-estruturado porque permitirá formular as mesmas questões a todas as pessoas de uma forma lógica e sequencial, através de perguntas fechadas, mas também deixará flexibilidade para a discussão de ideias pertinentes que possam surgir e que permitam aprofundar o pensamento dos intervenientes de forma a melhor refletir a visão da realidade dos entrevistados (Bogdan e Biklen, 1994; Roulston, deMarrais & Lewis, 2003).

A entrevista permitirá explorar informações concretas dos utentes com DV relacionadas com preferências, sentimentos, expectativas e atitudes face ao que sentem em termos comunicacionais e relacionais no serviço que lhes é prestado em cuidados de saúde primários. As vantagens da entrevista passam pelo facto de poderem ser feitas pelo investigador sem se colocarem barreiras ao nível das competências de leitura e da escrita das pessoas com DV, e pelo facto de poder haver mais espaço para a deteção de erros de interpretação e aprofundamento de informações, caso necessário.

Serão também entrevistados os profissionais de saúde, nomeadamente, médicos de família, enfermeiros e pessoal administrativo a fim de se recolherem informações sobre o que consideram importante na comunicação com as pessoas com DV e quais as dificuldades sentidas a este nível.

### ***Técnicas de análise de dados***

Os dados recolhidos serão analisados rigorosamente, do geral para o específico, com base nos factos observáveis e nos depoimentos dos participantes, construindo-se abstrações/conhecimento que em conjunto com teorias emergentes estabelecem uma compreensão mais esclarecedora do tema em causa (Bogdan e Biklen, 1994).

Tendo em conta o paradigma qualitativo do estudo, a técnica para a análise de dados será a análise de conteúdo (AC). Esta análise utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, expressos em conteúdo de textos, classificando, codificando e interpretando os seus elementos constitutivos e que não são imediatamente acessíveis na leitura (Robert e Bouillaguet, 1994; Bardin, 1977).

A AC focar-se-á nas informações resultantes das entrevistas e dos dados retirados da grelha de observação. Para tal, e com base na literatura científica, serão identificadas categorias e subcategorias *a priori*, existindo espaço para outras que possam ser incluídas *a posteriori*, dependendo dos resultados obtidos nos instrumentos de recolha de dados semi-estruturados. A análise dos dados possibilitará a identificação de indicadores e/ou unidades de registo, que por sua vez permitirão a compreensão mais aprofundada do processo de comunicação entre profissionais da saúde e pessoas com DV, assim como das condições de acessibilidade física do espaço.

Os resultados serão apresentados em texto, mas poder-se-ão destacar alguns resultados em tabelas mediante o nível significativo que estes poderão vir a ter e a potencial facilidade de leitura.

### ***Questões éticas***

Este estudo terá em consideração todos os princípios éticos que uma investigação em ciências sociais deve contemplar, e reger-se-á pelos princípios definidos pela Comissão de Ética (CE) do

IP Leiria, Lei da proteção de dados pessoais (Regulamento 2016/679) e Lei da investigação clínica (Lei n. °21/2014)..

Dever-se-á solicitar um pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria sobre o estudo em causa. Após resposta, sendo o parecer positivo, contactar-se-á por carta o Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (a definir), apresentando e explicando a investigação e solicitando autorização para elaboração do estudo no espaço em questão.

O respeito e a garantia dos direitos das pessoas com DV, médicos e administrativos que voluntariamente venham a prestar os seus testemunhos serão princípios fundamentais. Neste sentido, será imprescindível informar honestamente os participantes dos objetivos da investigação, de questões que possam surgir e de aspetos que possam influenciar a sua decisão face à possibilidade de colaborarem ou não na investigação, respeitando possíveis não colaborações ou desistências. Igualmente pertinente será revelar os resultados e esclarecer dúvidas que possam surgir. Todavia, antes de se iniciar a investigação é essencial acordar explicitamente as responsabilidades do investigador e as dos participantes, expressando-se a garantia da confidencialidade da informação obtida e a salvaguarda dos direitos inerentes à proteção de dados pessoais, através da assinatura do consentimento informado, referido anteriormente (Carmo e Ferreira, 2015).

## **Resultados esperados**

Espera-se como resultado deste estudo criar um manual de boas práticas dirigido aos profissionais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários. O objetivo deste manual - a distribuir por várias unidades de saúde – é otimizar a comunicação do centro de saúde, tornando-a o mais inclusiva possível, fomentando assim a promoção da autonomia, privacidade e dignidade das pessoas com deficiência visual no acesso aos cuidados de saúde primários.

## **Referências bibliográficas**

Associação dos Cegos e Ambíopes de Portugal. (2018). *Glossário*. Recuperado em 05 abril, 2018 de <http://www.acapo.pt/deficiencia-visual/glossario>

- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Bourne, R., R., A., Flaxman, S., R., Braithwaite, T., Cicinelli, M., V., Das, A., Jonas, J., B., ... Taylor, H., R. (2017, setembro). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, vol5, e888-e897. Recuperado de [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(17\)30293-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30293-0.pdf)
- Carmo, H & Ferreira, M. M. (2015). *Metodologia da Investigação: guia para autoaprendizagem* (3ª Ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- CENSOS. (2011). Recuperado em 05 abril, 2018 de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CENSOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS)
- Clark, V., L., P. & Creswell, J., W. (2015). *Understanding Research: A Consumer's Guide* (second edition). New Jersey: Pearson Education.
- Corsi, M., G., F. (2001). *Visão subnormal: intervenção planejada*. São Paulo: M.G.F.
- Coriolano-Marinus, M., W., L., Queiroga, B., A., M., Ruiz-Moreno, L., R., Lima, L., S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Sociedade São Paulo*, 23, 1356-1369.
- Cuples, M. E. & Jackson, A. J. (2012, janeiro). Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness. *BMJ Clinical Research Edition*, 344 (7842), 1-5.
- European Blind Union (2018). *European Accessibility Act - Position Paper and Analysis for Trilogue Negotiations 2015/0278 (COD)*. França: EBU.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Lei n.º 67/98. (1998). *Lei da Proteção de Dados Pessoais. Diário da República I Série. N.º 247 (26-10-98), 5536-5546.*
- Lei n.º 21/2014. (2014). *Lei da Investigação Clínica. Diário da República I Série. N.º 75 (16-04-14), 2450-2465.*
- O'Day, B.L., Killeen, M., & Iezzoni, L.I. (2004, setembro). Improving health care experiences of persons who are blind or have low vision: suggestions from focus groups. *American Journal of Medical Quality*, 19, 193-200. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15532911>
- Organização Mundial de Saúde. (2018a). *Disability and health*. Recuperado em 04 março, 2018 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- Organização Mundial de Saúde. (2018b). *Visual impairment and blindness*. Recuperado em 29 março, 2018 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
- Parnof, D. (2010). Deficiência visual: a perda e a superação. *Revista Instituto Benjamin Constant*, 16(45), 29-37.

- Pedroso, P. (Coord.), Alves, T., Elyseu, J., João, C. (2012). *Estudo a prestação de serviços e a promoção da vida independente*. Lisboa: ACAPO
- Pinto, P. C., & Pinto, T.J. (2017). *Pessoas com deficiência em Portugal – indicadores de direitos humanos*. Observatório da deficiência e direitos humanos. Lisboa: ISCSP
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Versão Resumo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde - DGS
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional Para a Saúde da Visão - Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde - DGS.
- Resolução da AR nº56/2009. (2009). *Convenção sobre os direitos das pessoas com Deficiência. Diário da República 1.ª série. N.º146 (09-07-30), 4906-4929*.
- Royal National Institute of Blind People (2018). Recuperado em 04 março, 2018 de <http://www.rnib.org.uk/>
- Robert, A. & Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Roulston, K., deMarrais, K. & Lewis, J. (2003). Learning to Interview in the Social Sciences. *SAGE Journals Online*, 9(4), 643-668.
- Sá, E. D. de, Campos, I. M. de, & Silva, M. B. C. (2007). *Atendimento Educacional Especializado - Deficiência Visual*. Brasília.
- Sibley, E. (2009). *Towards an inclusive health service: a report into the availability of health information for blind and partially sighted people*. Recuperado de [http://www.rnib.org.uk/sites/default/files/Access\\_Health.pdf](http://www.rnib.org.uk/sites/default/files/Access_Health.pdf)