

O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – A PERCEÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Dissertação

Ana Rita Pereira da Conceição

Trabalho realizado sob a orientação de

Carla Sofia Costa Freire, ESECS, Politécnico de Leiria

Leiria, abril 2020

Mestrado em Comunicação Acessível

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento, de coração, à Professora Carla Freire, uma pessoa inspiradora e uma referência na luta pela inclusão das pessoas com deficiência. Uma orientadora incansável que nos momentos mais difíceis soube compreender o meu tempo e com o seu carinho e empatia, conseguiu motivar-me sempre. Sem o seu apoio, orientação e dedicação ao meu trabalho, não teria chegado aqui.

Aos professores do IPL que contribuíram para a revisão do questionário e aos meus colegas que participaram nesta fase.

Aos meus colegas que estão todos os dias comigo e ao Peter Colwell e à Cláudia Candeias, ainda que distantes, porque estiveram sempre disponíveis para me ajudar.

Um bem-haja aos meus amigos, pais e irmã pelas palavras de incentivo.

Devo um especial reconhecimento à ACAPO e às próprias pessoas com deficiência visual. A cada um de vós, que preencheu o questionário e que me ajudou na elaboração do mesmo, o meu muito obrigada, sem o vosso envolvimento o estudo não teria sido possível.

E um agradecimento imensurável aos meus dois pilares, o meu marido e a minha filha. Ao meu marido, porque teria sido impossível concretizar esta dissertação sem o amor e o apoio dele e à minha filha, porque foram tantas as horas e dias que soube brincar e estar sem mim. Quero acreditar que, depois desta minha (nossa) conquista, saímos todos mais fortes.

Resumo

Todas as pessoas têm direito à prestação de cuidados de saúde independentemente da sua condição, pelo que, estes devem ser disponibilizados de acordo com as necessidades de cada utente. Neste sentido, é imprescindível que as pessoas recebam informação acessível tendo em conta o seu grau de instrução, condição física, sensorial, psíquica, entre outros aspetos. Dadas as características específicas das pessoas com deficiência visual, é fundamental a existência de formatos alternativos que permitam uma leitura autónoma da informação, bem como adaptações na comunicação interpessoal no decorrer do atendimento e do acompanhamento em cuidados de saúde.

Considerando os direitos da pessoa com deficiência visual, assim como a necessidade do ambiente se adaptar à diversidade de públicos, esta dissertação pretende compreender em que medida os centros de saúde respondem às necessidades de comunicação e de interação dos utentes com deficiência visual no acesso aos cuidados de saúde primários.

Os dados recolhidos neste estudo, de carácter exploratório-descritivo, resultaram do preenchimento de um inquérito por questionário, através da *web*, por 124 pessoas com deficiência visual. A partir dos resultados do estudo conclui-se que os centros de saúde não respondem às necessidades da maioria dos participantes, no que se refere à apresentação de formatos alternativos que permitam o acesso à informação escrita.

As consequências da informação inacessível refletem-se, maioritariamente, em perdas de autonomia e privacidade. São também percecionadas barreiras que se prendem com questões interpessoais que podem comprometer a interação entre profissionais e as pessoas com deficiência visual. Os resultados obtidos reforçam a importância de se consciencializar profissionais e

organizações sobre a influência da deficiência visual no acesso aos cuidados de saúde e sobre os ajustes necessários, de modo a que as pessoas com deficiência visual possam aceder autonomamente aos cuidados de saúde primários em equidade com as demais.

Igualmente importante, é sensibilizar as próprias pessoas com deficiência visual para a afirmação esclarecida dos seus direitos no acesso à saúde.

Palavras chave

Informação acessível, comunicação acessível, cuidados de saúde primários, pessoas com deficiência visual, acesso à informação, interação com profissionais de saúde.

ABSTRACT

Everybody has the right to health care services regardless of their situation, so those services should be provided in keeping with the individual patient's needs. Therefore, it is essential for people to receive information that is accessible given their level of education, their physical, sensory and psychological condition, and other considerations. Given the specific characteristics of people with a visual impairment, information in alternative formats must be available, so as to allow for autonomous reading, and adjustments made to interpersonal communication during attending and when providing health care.

Taking in to account the rights of visually impaired persons and the need for the built environment to accommodate a diverse public, this dissertation seeks to understand how health centres respond to the communication and interaction needs of patients with a visual impairment.

The data collected in this exploratory and descriptive study, stem from a survey of 124 visually impaired people who completed a web questionnaire. Based on the results of the survey, it is concluded that health centres do not respond to the needs of the majority of participants as far as providing information in alternative formats that would allow access to written information is concerned.

The consequences of inaccessible information are, in the main, losses of autonomy and privacy. Barriers were also identified in regard to interpersonal matters that may hinder the interaction between health professionals and people with a visual impairment. The results of the survey highlight the importance of making health professionals and organisations aware of how visual impairment influences access to health care and the adjustments required in order to visually impaired patients have autonomous access to primary health care in equity with others. It is also important to ensure people with a visual impairment have a clear understanding of their rights in terms of access to health care.

Keywords

Accessible information, accessible communication, primary health care, visually impaired people, access to information, interaction with health professionals.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract	v
Índice Geral.....	vii
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Tabelas	x
Índice de Gráficos	xi
Abreviaturas (facultativo).....	xiii
Introdução	1
Questão de investigação e objetivos.....	3
Estrutura do trabalho	3
I Enquadramento teórico	5
1. Cuidados de Saúde Primários e a pessoa com deficiência	5
2. Deficiência Visual: Números e conceitos.....	11
3. O acesso das pessoas com deficiência visual aos Cuidados de Saúde Primários.....	21
II Metodologia	33
4. Tipo de estudo	33
5. Participantes	34
6. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados	35
7. Técnicas de análise dos dados.....	37
8. Questões éticas.....	40
III Apresentação e discussão de resultados.....	42
9. Caracterização dos participantes	42
10. Acesso à informação escrita	44

11. Interação com os profissionais	50
12. Oportunidades de melhoria	56
Conclusões.....	63
Limitações do estudo.....	68
Propostas para trabalhos futuros.....	69
Referências bibliográficas.....	70
Anexos	76
Anexo 1 – Pedido de divulgação do estudo	77
Anexo 2 – Inquérito por questionário	79
Anexo 3 – Resumo dos resultados da análise estatística (SPSS).....	86
Anexo 4 – Tabela de análise de conteúdo referente aos motivos pelos quais os participantes não pedem informações acessíveis.....	99
Anexo 5 – Tabela de análise de conteúdo referente às consequências da informação inacessível para os participantes	106
Anexo 6 – Tabela de análise de conteúdo referente às Iniciativas do centros de saúde facilitadoras da comunicação	108
Anexo 7 – Tabela de análise de conteúdo referente às sugestões de melhoria..	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Exemplo de um livro em Braille.....	17
Figura 2 - Exemplo de uma linha Braille	17
Figura 3 - Exemplo de uma linha Braille associada a um computador portátil	18
Figura 4 - Exemplo da utilização do leitor de ecrã num computador com uma linha Braille	18
Figura 5 - Exemplo da visualização de um documento com o software de ampliação. 19	
Figura 6 - Exemplo de um ampliador eletrónico portátil	19
Figura 7 - Exemplos de ampliadores eletrónicos de mesa	20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre os motivos pelos quais os participantes não pedem informações acessíveis	39
Tabela 2 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre as consequências da informação inacessível para os participantes	39
Tabela 3 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre iniciativas dos centros de saúde que facilitam a comunicação com pessoas com deficiência visual ...	40
Tabela 4 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre sugestões de melhoria da acessibilidade/ comunicação dos centros de saúde.	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dados referentes às habilitações literárias dos participantes. N=124.	43
Gráfico 2 - Dados referentes à autonomia das pessoas com DV na deslocação ao CS. N=124.....	43
Gráfico 3 - Informações relativas ao método de leitura preferencial dos participantes. N=124.	44
Gráfico 4 - Dados referentes ao tipo de documentos acessíveis prestados pelos centros de saúde. N=31.	45
Gráfico 5 - Resultados referentes ao tipo de suporte dos documentos prestados pelos Centros de Saúde. N=31	46
Gráfico 6 - Resultados referentes à perceção das pessoas com DV relativamente à sua autonomia e privacidade poder ser posta em causa pelo facto de outras pessoas lhes lerem informações relacionadas com a sua saúde. N=124.....	49
Gráfico 7 - Resultados referentes à frequência com que são garantidas medidas de privacidade quando as pessoas com DV tem de responder em voz alta a formulários num espaço partilhado por mais pessoas. N=124	50
Gráfico 8 - Resultados referentes à importância para as pessoas com DV da descrição prévia dos procedimentos por parte dos profissionais N=124	51
Gráfico 9 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais descrevem previamente os procedimentos N=124.....	51
Gráfico 10 - Resultados referentes à importância que as pessoas com DV dão ao facto dos profissionais identificarem as pessoas presentes na sala. N=124.....	52
Gráfico 11 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais identificam as pessoas presentes na sala. N=124.....	52
Gráfico 12 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais permitem que as pessoas com DV tirem notas. N=124	53
Gráfico 13 - Resultados referentes à importância que as pessoas com DV dão ao facto dos profissionais lhes permitem permitirem tirar notas. N=124.....	53
Gráfico 14 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais abordam diretamente as pessoas com DV, ainda que acompanhadas. N=124	54

Gráfico 15 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais perguntam às pessoas com DV se precisam de ajuda para se deslocarem no CS. N=124.....	54
Gráfico 16 - Resultados referentes ao modo como se sentem as pessoas com DV quando guiadas pelos profissionais. N=124	55
Gráfico 17 - Resultados referentes à frequência com que são dadas indicações orais precisas às pessoas com DV quando precisam de se deslocar autonomamente. N=124	55

ABREVIATURAS (FACULTATIVO)

AVD – Atividades da vida diária

CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DV – Deficiência visual

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

OCR – *Optical Character Recognition*

SMS – *Short Message Service*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

W3C – *World Wide Web Consortium*

INTRODUÇÃO

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) é objetivamente referido, no seu artigo 5.º, que toda a discriminação com base na deficiência é proibida, constituindo a sua prática uma violação da dignidade e valor inerente à pessoa humana (Resolução da Assembleia da República nº56/2009). Os Estados Partes, 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, todos os deveres e usufruir de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

Embora a CDPD, entre outros documentos jurídicos, promova direitos humanos elementares das pessoas com deficiência, estas continuam a deparar-se com barreiras na sua participação enquanto membros iguais da sociedade.

O Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. (INR) analisou em 2018 - no âmbito da aplicação da Lei n.º 46/2006 que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde - as queixas relativas à discriminação com base na deficiência e verificou que o domínio que regista um maior número de queixas refere-se às acessibilidades com 512 queixas, seguido do condicionamento ou limitação de direitos com 244 queixas e por fim, a fruição de bens e serviços com 57 queixas (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2018).

No que se refere ao campo da saúde, o artigo 25.º da CDPD destaca o direito das pessoas com deficiência ao gozo do melhor estado de saúde possível e o acesso ao mais alto padrão de cuidados de saúde sem discriminação. Devem os Estados Partes providenciar-lhes a mesma gama, qualidade e padrão de serviços de acordo com os prestados às restantes pessoas.

Todavia, para que a afirmação deste direito, entre outros, se efetive e as pessoas com deficiência possam viver de modo independente, participando plenamente em todos os aspetos da vida, é imperativa a conjugação - em condições de igualdade com os

demais - de outros direitos. Cita-se o direito à acessibilidade (artigo 9.º), ou seja, o acesso, ao ambiente físico, ao transporte, à informação e aos serviços prestados ao público, o direito à mobilidade pessoal com a maior independência possível (artigo 20.º) e o direito à liberdade de expressão, opinião e acesso à informação (artigo 21.º), através de todas as formas de comunicação da sua escolha, no que se refere a formatos e tecnologia disponíveis, como por exemplo:

- a) Fornecendo informação destinada ao público em geral, às pessoas com deficiência, em formatos e tecnologias acessíveis apropriados aos diferentes tipos de deficiência, de forma atempada e sem qualquer custo adicional;
- b) [...]
- c) Instando as entidades privadas que prestam serviços ao público em geral, inclusivamente através da Internet, a prestarem informação e serviços em formatos acessíveis e utilizáveis pelas pessoas com deficiência;
(Ministério Público de Portugal, 2009, p.10, aprovado pela Resolução da Assembleia da República n. º56/2009, 2009)

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).

Paiva e colegas (2017) realizaram um estudo sobre a literacia em saúde Portugal e concluíram que 3 em cada 4 portugueses têm dificuldade em compreender informações sobre saúde. Por conseguinte, uma grande percentagem da população apresenta dificuldade em aceder, compreender e utilizar informação sobre saúde, nomeadamente pessoas mais velhas e menos escolarizadas. Refere a investigação que devem ser assumidas, por parte dos profissionais de saúde, medidas universais que facilitem a comunicação, tais como: o uso linguagem simples, evitar termos técnicos; limitação de informação ao estritamente necessário; repetição de informações chave; uso de ilustrações, vídeos e demonstrações; conceção de material educativo fácil de ler e que possa ser levado para casa a fim de complementar as instruções orais; assegurar que o paciente compreendeu a informação transmitida.

O estudo em causa não destacou a população com deficiência, nomeadamente as pessoas com deficiência visual (DV), todavia permite-nos refletir sobre a dificuldade acrescida que uma pessoa com DV pode sentir na comunicação em saúde. O seu acesso aos serviços de saúde pode ficar comprometido quando não existem adaptações que permitam a acessibilidade à informação escrita e ao espaço físico.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo geral compreender a perceção das pessoas com DV relativamente ao acesso aos cuidados de saúde primários, com base na sua experiência enquanto utentes.

De forma a dar resposta ao formulado definiu-se a seguinte questão de investigação:

- Em que medida o centro de saúde responde às necessidades de comunicação e de interação das pessoas com DV nos cuidados de saúde primários?

Traçaram-se como objetivos específicos:

- Identificar necessidades ao nível da comunicação que as pessoas com DV possam sentir nos centros de saúde;
- Analisar em que medida os suportes de informação disponibilizados nos centros de saúde respondem às necessidades da pessoa com DV;
- Descrever a perceção dos utentes com DV relativamente à comunicação e interação direta com os profissionais de saúde.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho apresenta, na primeira parte, uma breve introdução ao tema, enquadrando ideias chave que norteiam a investigação, nomeadamente a questão de investigação e os objetivos.

Na segunda parte surge o enquadramento teórico que é dividido em três grandes secções. A primeira secção aborda o tema dos cuidados de saúde primários e a pessoa

com deficiência contextualizando o sistema de saúde em Portugal, a evolução do conceito de deficiência e o direito das pessoas com deficiência à saúde. A segunda secção aborda o tema da deficiência visual, o número de pessoas com esta deficiência no mundo e os conceitos e características que a definem, o seu impacto em termos de participação social bem como as formas de acesso à informação, para além do sentido da visão. Por fim, a terceira secção aborda as principais barreiras que as pessoas com deficiência visual vivenciam no acesso aos cuidados de saúde primários e, por outro lado, as oportunidades de melhoria. Nesta última parte lê-se ainda, em que medida as pessoas com deficiência visual, os profissionais de saúde e os próprios serviços de gestão podem contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde primários.

A terceira parte deste trabalho reserva-se ao capítulo da metodologia onde se explica de que forma foi conduzida esta pesquisa, nomeadamente, o tipo de estudo, os critérios de participação no estudo, as técnicas e instrumentos de recolha de dados, as técnicas e análise dos dados e as questões éticas.

A quarta parte dedica-se à apresentação dos resultados que se divide em quatro secções. A primeira secção caracteriza os participantes, a segunda aborda os resultados que dizem respeito ao acesso à informação escrita pelas pessoas com deficiência visual e à sua autonomia e privacidade no acesso a informações relacionadas com a sua saúde. A terceira secção foca os resultados inerentes às necessidades de interação entre pessoas com deficiência visual e profissionais no decorrer dos cuidados de saúde e quarta e última, as iniciativas já desenvolvidas pelos centros de saúde e sugestões de melhoria elencadas pelos participantes.

A quinta e última parte do trabalho versa sobre as conclusões, limitações do estudo e propostas para futuros estudos, seguindo-se a lista de referências bibliográficas e anexos.

I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1.1. Contextualização do sistema de saúde em Portugal

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) surgiu com o objetivo de assegurar aos cidadãos o direito à proteção da saúde de forma a contrariar desigualdades económicas, geográficas, entre outras. Passados 40 anos da sua criação, o SNS tem trazido avanços na melhoria da saúde pública e das condições de vida e bem-estar das pessoas. Mantém como princípios a promoção do acesso, da equidade e da solidariedade social e como prioridades a prestação de cuidados de saúde de excelência, a redução das desigualdades no acesso à saúde e o reforço do poder do cidadão no seio do SNS. Assenta numa lógica de defesa de princípios como a transparência, a celeridade e a humanização dos serviços (Decreto-Lei n. 48/90, 1990).

Um dos elementos centrais do SNS são os Cuidados de Saúde Primários (CSP). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2008) os CSP têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população mundial. Resultam numa abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, centrando-se nas necessidades e preferências, ao longo da vida, das pessoas, famílias e comunidades.

Os CSP são promovidos pelos Agrupamentos de Centros de Saúde. É no Centro de Saúde (CS) que o cidadão tem o primeiro acesso aos CSP. Trata-se da porta de entrada do SNS, mais acessível à população e, por isso, o primeiro recurso a ser procurado. Estes Cuidados assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços, importantes funções: a promoção da saúde e prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde e acompanhamento de qualidade às populações (Decreto-Lei n.73/17, 2017).

São vários os valores do CSP, dos quais se destacam os seguintes: proximidade, acessibilidade, equidade na prestação dos cuidados de saúde centrado no cidadão,

preocupação e proatividade para com os grupos mais vulneráveis como é o caso das pessoas com deficiência (Ministério da Saúde, 2011; Portugal, Direção Geral da Saúde, 2013). Portanto, os valores fundamentais sobre os quais se baseia o SNS e, por sua vez, os CSP, subscrevem os consignados na CDPD.

1.2. Breve evolução do conceito de deficiência

Historicamente o conceito de deficiência, definido pelo modelo médico, defendia que as limitações vivenciadas pelas pessoas com deficiência eram o resultado direto das falhas e incapacidades do seu corpo. O meio não considerava as suas necessidades e criava obstáculos à participação destas pessoas na sociedade, sendo que a adaptação ao ambiente só seria eventualmente possível por meio de uma intervenção médica e/ou reabilitacional capaz de produzir uma cura ou um ajustamento físico (Oliver, 1990; Organização Mundial de Saúde, 2004).

A partir dos anos 80 surgiu o modelo social que veio definir a deficiência como algo exterior ao indivíduo, de origem social. Recentra na sociedade a responsabilidade pela exclusão das pessoas com deficiência, transformando a deficiência numa questão social e política (Organização Mundial de Saúde, 2004; Mitra, 2006).

Ao longo dos tempos, as políticas foram-se adaptando e as soluções focadas na medicina deram lugar a abordagens mais interativas que reconhecem que as pessoas se veem incapacitadas não só por limitações dos seus corpos, mas sobretudo, por fatores ambientais.

Os dois modelos referidos, ainda que opostos, foram-se integrando de forma a dar origem à abordagem biopsicossocial, expressa na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este instrumento faz uma classificação das características de saúde das pessoas, considerando o contexto das situações individuais de vida e os impactos ambientais.

A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação e o termo incapacidade inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Tanto a funcionalidade como a participação estão

relacionadas com a interação da pessoa com os fatores ambientais. Desse modo, a incapacidade é o resultado da interação da pessoa com o meio, ou seja, não é um atributo pessoal, depende de um conjunto complexo de condições inerentes ao ambiente (barreiras físicas, sociais e ambientais). Por outro lado, a incapacidade não deve ser distinguida pela etiologia ou diagnóstico: uma pessoa com a mesma etiologia e diagnóstico pode apresentar desempenhos muito distintos ao nível da execução das atividades e da participação. Sendo assim, a incapacidade pode ser ultrapassada por meios facilitadores da funcionalidade atendendo sempre às necessidades específicas de cada pessoa. Assim, as pessoas não devem ser reduzidas ou caracterizadas apenas em termos das suas deficiências, limitações da atividade, ou restrições na participação, mas sim, pela conjugação das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (Organização Mundial de Saúde, 2004).

As pessoas com deficiência incluem aquelas que têm incapacidades duradouras físicas, intelectuais ou sensoriais, que, em interação com várias barreiras podem ver impedida a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros (Resolução da Assembleia da República nº56/2009, 2009)

De acordo com a CIF o conceito de deficiência é definido como:

Uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais). Na CIF, o termo anormalidade refere-se estritamente a uma variação significativa das normas estatisticamente estabelecidas (i.e., como um desvio de uma média na população obtida usando normas padronizadas de medida) e deve ser utilizado apenas neste sentido. (Organização Mundial de Saúde, 2004, p. 187)

O referido conceito compreende que a deficiência possa ser temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua. A sua variação, ou seja, o desvio em relação ao esperado para a população, pode ser leve ou grave e oscilar ao longo do tempo.

A deficiência pode ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, portanto, não significa que exista uma doença ou que a pessoa deva ser considerada doente. Por

exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Verifica-se assim, uma evolução do conceito de deficiência ao longo dos tempos e, cada vez mais, associado a um outro conceito: a incapacidade.

1.3. Direito das pessoas com deficiência à saúde

De acordo com McColl e Shortt (2006) o termo 'acesso', que se relaciona com o alcance de algo, é, de uma forma geral, influenciado pelos tempos de espera, escassez de recursos ou distribuição geográfica de serviços. Ao considerarmos a pessoa com deficiência, estas questões podem agravar-se na medida em que incluem outras dimensões, tais como: condições do espaço físico; atitudes dos profissionais em relação à deficiência; poucos conhecimentos sobre o curso natural das complicações associadas à deficiência; outras questões relacionadas com fatores sistémicos (por exemplo, modelos de financiamento dos programas de saúde).

Considerando os direitos humanos, é essencial garantir, efetivamente, o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência, tal como impõe a CDPD (Resolução da Assembleia da República nº56/2009) junto dos seus Estados Partes. Esta 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. Motiva os estados partes a proporcionar as medidas apropriadas para garantir a disponibilização de adaptações razoáveis que permitam às pessoas com deficiência o exercício da cidadania em condições de igualdade com as demais.

Porém, as pessoas com deficiência continuam a apresentar dificuldades nos serviços de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2018a; Sanmartin, Pierre & Tremblay, 2006), constatando-se que existe cerca de 50% de probabilidades de uma pessoa com deficiência ter o seu acesso, a estes cuidados, comprometido (Sanmartin, Pierre & Tremblay, 2006).

Desta forma, as pessoas com deficiência continuam a manifestar necessidades de saúde não respondidas, na medida em que se confrontam com várias barreiras. De acordo com a CIF, compreendem-se barreiras como:

Fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Estes fatores incluem aspetos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida. (Organização Mundial de Saúde, 2004, p. 188)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018a) constatam-se algumas barreiras relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde. Estas barreiras podem estar associadas aos elevados custos das consultas e valores relacionados com transportes, à falta de serviços adequados para as pessoas com deficiência e à falta de acesso exterior aos edifícios (por exemplo, rampas, elevadores) e interior (por exemplo, portas estreitas, degraus internos, casas de banho inadequadas). Ressalva-se ainda, equipamento médico desadequado, sinalização desajustada, áreas de estacionamento inacessíveis e falta de conhecimentos específicos dos profissionais de saúde sobre questões de acessibilidade.

De forma a ultrapassar estas barreiras e a garantir o direito das pessoas com deficiência ou incapacidade à saúde, a Organização Mundial de Saúde (2018a) propõe um melhor uso dos recursos disponíveis nos cuidados de saúde. Defende ainda que para se atingir esse fim é necessário atuar em diversas áreas, nomeadamente: na avaliação de serviços, políticas e legislação que façam cumprir a CDPD; na identificação de prioridades que combatam desigualdades no acesso e na inclusão na saúde; nos mecanismos de fiscalização dos processos de assistência médica relacionados com o atendimento a pessoas com deficiência.

A Organização Mundial de Saúde (2018a) refere, ainda, que ao nível do financiamento, nomeadamente nos casos em que os seguros de saúde privados predominam, sejam consideradas medidas que assegurem que as pessoas com deficiência sejam

abrangidas e que os prêmios dos seguros sejam acessíveis do ponto de vista financeiro. De igual modo, reforça a Organização Mundial de Saúde (2018a) que se garanta que estas pessoas beneficiem dos programas de saúde pública, considerando-se a redução ou isenção de pagamentos quando há incapacidade de financiamento.

Ao nível da acessibilidade aos serviços e às informações sobre saúde, a Organização Mundial da Saúde (2018a) destaca a importância dos serviços de saúde ajustarem os seus espaços físicos, permitindo a circulação de pessoas com mobilidade condicionada e de providenciarem informações de saúde em formatos acessíveis. Reforça, ainda, a necessidade de se promover a capacitação das pessoas com deficiência sobre a sua saúde e serviços de reabilitação baseados na comunidade, no sentido de facilitar o acesso das pessoas com deficiência à comunidade.

No que toca à capacitação dos recursos humanos que prestam serviços de saúde, a Organização Mundial da Saúde (2018,a) defende a integração do tema da educação sobre a deficiência na formação dos profissionais e dos agentes comunitários que intervêm ao nível dos serviços preventivos. Por outro lado, considera importante que a opinião das pessoas com deficiência seja considerada nos estudos de vigilância sobre cuidados de saúde e em investigações sobre as suas necessidades e barreiras a este nível.

2. DEFICIÊNCIA VISUAL: NÚMEROS E CONCEITOS

2.1. A deficiência visual no mundo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2018b) 253 milhões de pessoas têm DV sendo que 36 milhões são pessoas cegas e 217 milhões apresentam DV moderada a grave. Destaca-se que 81% têm 50 anos ou mais e com o aumento da população idosa, mais pessoas estarão em risco de vir a sofrer de DV devido a doenças oculares crónicas.

A maioria das pessoas com perda visual vive em países em desenvolvimento, destacando-se o sul, leste e sudoeste da Ásia. A realidade varia de acordo com a localização geográfica, por exemplo, a prevalência da cegueira na Europa ronda os 0,2%, enquanto em África ronda 1% (Bourne et al., 2017).

No que se refere à Europa, existem 30 milhões de pessoas com DV a enfrentar a inacessibilidade diariamente, em várias áreas, como por exemplo: no acesso ao turismo, a transportes públicos ou a manuais escolares acessíveis (European Blind Union, 2018). Já em Portugal, de acordo com os Censos (2011) existem 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.

Nos próximos 30 anos, com o envelhecimento e o crescimento da população global, perspectiva-se que triplique o número de pessoas afetadas, prevendo-se 587,6 milhões de pessoas com baixa visão e 114,6 milhões com cegueira (Bourne et al., 2017). Os autores referem, ainda, que 80% das perdas de visão contabilizadas a nível mundial poderiam ser evitadas com o acesso a prevenção e tratamentos adequados.

2.2. Conceitos e características da deficiência visual

O termo deficiência visual engloba um amplo espectro de pessoas e não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, na medida em que podem compreender vários graus de visão. Face a este aspeto é possível verificar que existem diversas

definições e, inclusive, informações imprecisas em relação aos dados relacionados com a prevalência e incidência da própria deficiência (International Council of Ophthalmology, 2002).

O Conselho Internacional de Oftalmologia, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde e a Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira, apresentou em 2002, uma revisão das medidas estandardizadas relacionadas com perda de visão (International Council of Ophthalmology, 2002). Deste evento resultou um relatório com diversas recomendações para o uso uniforme de definições, medidas e métodos que serão as referenciadas neste estudo, designadamente:

- o conceito de 'perda de visão' inclui a cegueira (perda total) e a baixa visão (perda parcial);
- o termo 'cegueira' deve ser usado apenas para perdas totais da visão e para condições em que as pessoas precisam de confiar predominantemente nos sentidos que substituem a visão;
- o conceito de 'baixa visão' aplica-se quando existem graus menores de perda de visão. Nestes casos, as pessoas podem fazer uso de aparelhos e dispositivos de reforço da visão (recursos óticos/não óticos), como por exemplo, óculos de grande adição, lupa portátil e ampliador de mesa, preservando-se alguma funcionalidade.

A DV é definida como uma limitação funcional dos olhos ou do sistema visual que pode manifestar-se pela perda da acuidade visual, dificuldades na distinção de contrastes, perda de campo visual, entre outros aspetos. Uma DV pode causar incapacidade por interferir significativamente na capacidade de executar, de forma independente e funcional, as atividades do quotidiano (em diversas áreas, tais como, emprego, formação, atividades desportivas, de cultura e lazer, etc.) e comprometer a qualidade de vida da pessoa (Freeman et al., 2007).

A instituição que tem por missão a defesa e representatividade das pessoas com DV em Portugal define DV como uma condição visual que afeta a capacidade de realizar

tarefas do dia-a-dia podendo ser agravada ou mitigada pelo meio em que uma pessoa vive (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.a; ICD-11, 2019).

2.3. Implicação da deficiência visual na participação social

Efetivamente as medições clínicas tradicionais (mais associadas à área da medicina), como a acuidade visual, fornecem uma indicação do grau de perda de visão e permitem a sua classificação em diferentes graus (ex., leve, moderada, severa e cegueira). No entanto, não caracterizam a visão funcional, a qual diz respeito à capacidade de uma pessoa utilizar a visão nas atividades da vida diária (AVD), como por exemplo, ler, cozinhar, caminhar. Por conseguinte, duas pessoas com o mesmo comprometimento podem apresentar diferenças na sua capacidade de lidar com as exigências da vida diária (International Council of Ophthalmology, 2002).

Sendo a perda de visão variável, a eficiência visual, ou seja, a facilidade, contexto e tempo que cada pessoa dedica no desempenho de uma tarefa ou atividade da vida diária, pode ser bastante diferente, bem como condicionada por fatores de ordem pessoal e ambiental (como por exemplo, experiências, necessidades, fadiga, luz, contrastes). Por este motivo, uma pessoa com baixa visão pode, por exemplo, perceber a presença de um objeto, mas não ser capaz de identificar os pormenores, pode conseguir ler pequenas frases, no entanto, ter dificuldades em ler um livro, ou ver televisão, pode ainda conseguir ver um autocarro, mas não reconhecer o seu número ou destino (Ladeira e Queirós, 2002).

Por outro lado, acrescentando aos fatores que poderão condicionar a eficiência visual, destaca-se a fase em que a perda de visão acontece, ou seja, a DV pode ser adquirida ou congénita. A deficiência adquirida pode acontecer em algum momento da vida, decorrente, por exemplo, de doença, acidente ou velhice. A deficiência congénita pode resultar de um trauma pré-natal ou pós-natal, erros genéticos ou do desenvolvimento ou por herança hereditária (Tuttle e Tuttle, 2006).

A visão tem um papel essencial no desenvolvimento da criança como um todo, uma vez que constitui a via de entrada da maior parte do conhecimento relativo ao meio ambiente que a rodeia. Este sentido 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). Portanto, quando a causa é congénita, a DV pode impor algumas limitações em termos de desenvolvimento podendo expressar-se na quantidade e variedade de experiências que a criança pode realizar, na capacidade de movimentar-se livremente e conhecer o espaço envolvente e no controle do mundo que a rodeia e das relações estabelecidas com meio ambiente (Leonhardt, 1992).

O processamento da informação visual é um aspeto chave para o entendimento do mundo. As crianças cegas com DV congénita constroem a imagem do mundo usando os restantes sentidos, através de perceções auditivas, táteis, propriocetivas e cinestésicas. Tal como quaisquer outras crianças, vão precisar de um ambiente estimulante, mediado por adultos que as ajudem a organizar as suas experiências e a crescer num mundo complexo e desafiante, onde se ambiciona um futuro para uma vida independente (Leonhardt, 1992; Amiralian, 1997).

Apesar da perda de visão poder acontecer em qualquer fase da vida, a ausência total ou parcial deste sentido na infância, pode interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo, emocional e social, assim como 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).

Atendendo que vivemos numa sociedade onde os apelos à capacidade visual são constantes, sendo mais de 80% dos estímulos do ambiente integrados pela visão (Corsi, 2001), as pessoas que perdem este sentido tardiamente precisam de se adaptar uma nova condição - anteriormente parametrizada e desenvolvida pelo sentido da visão - aprendendo ou reaprendendo aptidões através de um processo de reabilitação funcional (Amiralian, 1997).

Este processo de reabilitação poderá depender da interação de diferentes dimensões, tais como, as características pessoais, como por exemplo, a idade, situação profissional e realizações de vida até o momento da perda da visão e as características psicológicas, cognitivas e emocionais, como são as crenças sobre a cegueira, autoimagem, competências sociais, estabilidade emocional e capacidade de resolução

de problemas. Por outro lado, crescem as características específicas da DV e o ambiente físico e social da pessoa, nomeadamente atitudes sociais dominantes, recursos físicos e sociais disponíveis como é o caso da família e amigos (Rosa & Ochaita, 1993; Benito, Veiga, González, 2003; Tuttle e Tuttle, 2006).

O processo de readaptação de rotinas e de novas conquistas exige a (re)aprendizagem de métodos e estratégias que permitam o desenvolvimento de capacidades, que passam pelo melhor uso das informações dos outros sentidos. O objetivo, por excelência, da reabilitação é o desempenho independente da pessoa com DV em diversas áreas, como por exemplo, ao nível da orientação e mobilidade (andar na rua sozinho e em segurança), no uso das tecnologias da informação e comunicação (utilizar um computador), na prática de atividade física, na utilização de produtos de apoio e adaptações ao nível do trabalho, domicílio e lazer (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.a).

Segundo Pedroso, Alves, Elyseu e João (2012) a aquisição da DV na idade adulta é um fator de redução da vida social quotidiana. Poderá implicar restrições na mobilidade, nas atividades profissionais, sociais, na execução das tarefas quotidianas e eventualmente 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 preconceitos relacionados com a deficiência (Parnof, 2010).

O processo de reabilitação funcional pode ser igualmente importante para a reconstrução do sentimento de autoestima. Através da reabilitação, a pessoa com DV poderá voltar a sentir-se capaz, superando os impactos da limitação visual e libertando-se de eventuais ideias negativas e preconceitos sociais associados à DV, reconquistando o seu bem-estar e a sua independência. Esta nova atitude perante a vida passa pela perceção das suas potencialidades, pelas conquistas pessoais, pela superação dos obstáculos, pela possibilidade de se sentir valorizado.

Assim sendo, pode ser importante trabalhar as questões relacionadas com a aceitação e adaptação à DV com ajuda de profissionais (psicólogos, técnicos na área da

reabilitação) e com o apoio dos familiares e grupos sociais. Ainda que a perda da visão seja compensada parcialmente por outras modalidades sensoriais, é importante compreender que 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 adquiriu, contornando-se assim as dificuldades decorrentes da DV (Parnof, 2010).

2.4. Formas de acesso à informação para além do sentido da visão

Atualmente, com o desenvolvimento de um conjunto de tecnologias áudio, existe uma ampla gama de possibilidades de aceder à informação escrita (Scadden, 2000).

Este facto é necessariamente vantajoso para as pessoas com DV na medida em que, sendo a expressão clínica e funcional da DV variável, o modo como acedem à informação escrita e comunicam, também pode ser diferente. Neste sentido, as pessoas com DV poderão ler através de distintos equipamentos, softwares e, desta forma, acederem à informação. A opção por uma ferramenta em especial, varia de acordo com o que melhor se ajusta às capacidades e necessidades individuais (Guerreiro, 2000).

Apresentam-se de seguida as diferentes opções no acesso à informação por parte das pessoas com DV.

Braille impresso

O Braille (Figura 1), utilizado na maior parte das vezes por pessoas cegas, trata-se de um código universal de leitura tátil e de escrita que se aplica à língua portuguesa, tendo sido oficializado em Portugal pelo decreto-lei nº 126/2017 de 4 de outubro. É constituído por 6 pontos em alto relevo que combinados entre si resultam em 64 combinações, símbolos, que respondem a diversas representações escritas.

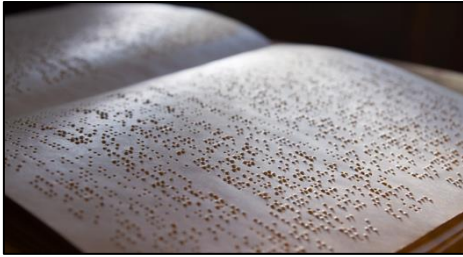


Figura 1 - Exemplo de um livro em Braille¹

Este código aplica-se a todas as grafias, por exemplo, à matemática, química, música e informática e pode ser lido impresso em papel ou por via de uma linha Braille (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.a).

Linha Braille

Uma linha braille (Figura 2) é um dispositivo constituído por uma fileira de células Braille eletrónicas que se liga a um computador ou outro dispositivo eletrónico, como o tablet e o telemóvel, via USB ou Bluetooth.

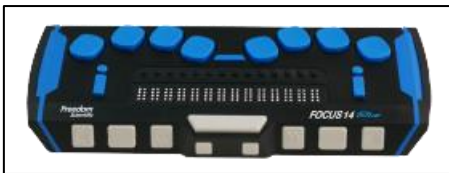


Figura 2 - Exemplo de uma linha Braille²

Trata-se de uma tecnologia que reproduz em Braille o texto que está no ecrã do computador ou outro equipamento (Figura 3), permitindo ler e escrever em Braille, com o eventual auxílio do leitor de ecrã (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.a).

¹ Exemplo de um livro em Braille – Retirado de <https://www.afb.org/blindness-and-low-vision/braille/resources-teachers-braille/refreshing-braille-skills>

² Exemplo de uma linha Braille – Retirado de <http://cidat.once.es/home.cfm?excepcion=52&idproducto=916&idseccion=01>



Figura 3 - Exemplo de uma linha Braille associada a um computador portátil³

Leitor de ecrã

O (software) leitor de ecrã (Figura 4) dirige-se maioritariamente a pessoas cegas e através de uma voz sintética ou de uma linha Braille, permite a interação do utilizador com o computador, tablet, telemóvel, ou outro dispositivo.



Figura 4 - Exemplo da utilização do leitor de ecrã num computador com uma linha Braille⁴

O leitor de ecrã captura o texto que se apresenta no ecrã (de qualquer um dos dispositivos referidos anteriormente) e envia-o para um sintetizador de voz que o converte em voz. Em complemento, o texto pode ser direcionado para uma linha Braille. A título de exemplo destaca-se o leitor de ecrã gratuito designado NVDA, *NonVisual Desktop Access*, que inclui um sintetizador de voz (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.a).

³ Exemplo de uma linha Braille associada a um computador portátil – retirado de <https://tecnologiaparadeficientes.files.wordpress.com/2014/04/displaybraille.jpg>

⁴ Exemplo da utilização do leitor de ecrã num computador com o auxílio de uma linha Braille – Retirado de <https://www.tce.es.gov.br/acessibilidade/leitor-de-tela-nvda/>

Ampliador de ecrã

O (software) ampliador de ecrã (Figura 5) é utilizado essencialmente por pessoas com baixa visão. Este software, para além da ampliação proporcionada, permite a alteração de contrastes e do tamanho de letra. Pode ser usado num computador, tablet, telemóvel, etc., ao qual se pode associar um sintetizador de voz e/ou a uma linha Braille, complementando a forma como a informação pode ser transmitida ao utilizador (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.a).

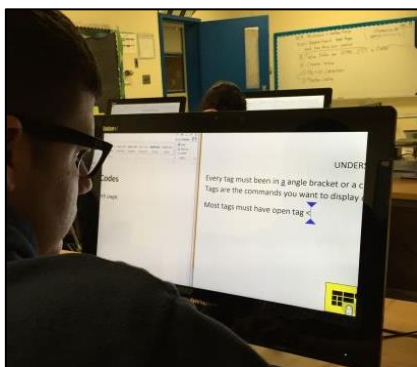


Figura 5 - Exemplo da visualização de um documento com o software de ampliação.⁵

As pessoas com baixa visão podem ainda utilizar ampliadores eletrónicos portáteis ou fixos (Figura 6) os quais conjugam uma câmara de vídeo com um ecrã e ampliam, em tempo real, textos, imagens e objetos.

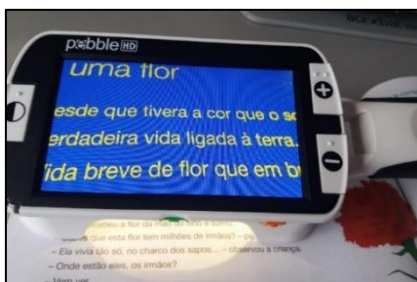


Figura 6 - Exemplo de um ampliador eletrónico portátil⁶

Os ampliadores eletrónicos fixos (Figura 7) podem ainda incorporar um software de reconhecimento de texto *Optical Character Recognition* (OCR) que reconhece

⁵ Exemplo da visualização de um documento com o software de ampliação – Retirado de <https://www.perkinselearning.org/technology/posts/getting-started-screen-magnification>

⁶ Exemplo de um ampliador portátil – Fonte própria

carateres a partir de um arquivo de imagem digitalizado ou impresso e um software leitor de ecrã que faz a leitura por voz. Estes aparelhos, tanto a solução portátil como a fixa, permitem o controlo de cores, contraste e ampliação (Scadden, 2000).

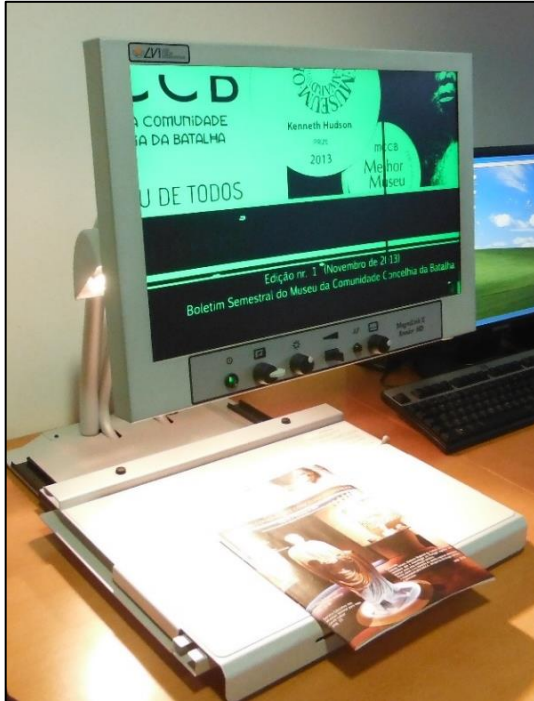


Figura 7 - Exemplos de ampliadores eletrónicos de mesa⁷

⁷ Exemplos de ampliadores de mesa – fonte própria

3. O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A inclusão é o processo pelo qual os sistemas sociais comuns são tornados adequados para toda a diversidade humana. Para que a inclusão seja efetiva, este paradigma depreende que as pessoas sejam capazes de aceder - autonomamente - às diversas atividades quotidianas e a todos os bens e serviços à disposição na sociedade. Só deste modo podem exercer em pleno os seus direitos e deveres enquanto cidadãos (Sasaki, 2009). No entanto, quando estes direitos não são garantidos, nomeadamente os que dizem respeito ao acesso à saúde e ao uso seguro e autónomo dos espaços, sistemas e meios de comunicação, é natural que possam surgir barreiras e/ou constrangimentos. Considerando o enfoque da presente dissertação, é essencial compreender como se dá o acesso aos CSP por parte das pessoas com DV em termos comunicacionais. Entenda-se o conceito de comunicação, à luz da CDPD, de acordo com a seguinte definição:

Comunicação inclui linguagem, exibição de texto, braille, comunicação tátil, caracteres grandes, meios multimédia acessíveis, assim como modos escrito, áudio, linguagem plena, leitor humano e modos aumentativo e alternativo, meios e formatos de comunicação, incluindo tecnologia de informação e comunicação acessível (Ministério Público de Portugal, 2009, p.3, aprovado pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, 2009).

3.1. Principais barreiras no acesso à saúde

A literatura científica destaca algumas barreiras e desafios específicos que a população com DV enfrenta no acesso aos cuidados de saúde primários (exemplo, O'Day, Killeen e Iezzoni, 2004; Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012; Sibley, 2009, Thurston e Thurston, 2010; Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, 2017).

De acordo com o International Council of Ophthalmology (2002) são diversos os desafios, como por exemplo, a ausência ou ineficazes medidas de prevenção e tratamento no acesso à reabilitação (que pode incluir a utilização de produtos de

apoio, como óculos ou bengalas brancas), a presença de barreiras em edifícios ou transportes nos locais onde as pessoas vivem e a disponibilização de informações inacessíveis que podem condicionar a experiência de uma pessoa com DV em lidar com as rotinas do seu dia-a-dia.

As principais barreiras sinalizadas na bibliografia dizem respeito a barreiras arquitetónicas, comunicacionais e atitudinais.

As barreiras arquitetónicas são aquelas que impedem ou dificultam o acesso físico aos ambientes, interno e externo. Desta forma, chegar à unidade de saúde pode ser um desafio para uma pessoa com DV, muitas vezes pela falta de sinalização da própria entrada, ou seja, porque é ausente de pontos de referência que a permitam identificar e de pisos táteis que orientem a rota da pessoa com DV (Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, 2017). A inacessibilidade acontece, também, ao nível da mobilidade e orientação interna. São exemplos de obstáculos: mobiliário mal posicionado em locais de circulação, níveis de iluminação desadequados, zonas de brilho ofuscante, fracos contrastes cromáticos que permitam a distinção entre portas e paredes, ausência de pisos táteis e sistemas eletrónicos de chamada dos utentes com sinalização visual e áudio (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012). Portanto, encontrar os gabinetes dos profissionais também pode ser uma deslocação muito dificultada (O'Day, Killeen e Iezzoni, 2004; Iezzoni e O'Day, 2006).

As barreiras comunicacionais revelam-se quando há impedimentos na comunicação interpessoal e escrita e as barreiras atitudinais dizem respeito a atitudes preconceituosas, estigmatizantes, estereotipadas e discriminatórias que deturpam o relacionamento humano (Sasaki, 2009).

Considerando a temática da presente dissertação, que se centra na comunicação e interação da pessoa com DV com os profissionais da saúde, analisam-se, com mais pormenor, as barreiras que podem ser encontradas ao nível comunicacional nomeadamente no acesso à informação escrita e na interação entre as pessoas com DV e os profissionais.

3.1.1. Barreiras comunicacionais

Verifica-se que as pessoas com DV consideram essencial receber a informação sobre a saúde no seu formato preferencial de leitura porque isso lhes confere autonomia (Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010). Contudo, regra geral, as pessoas com DV não conseguem ler a informação que recebem dos profissionais, na medida em que esta não é facultada em formatos acessíveis de leitura, por exemplo, em Braille, letras ampliadas, etc. (Sibley, 2009; Nzegwu, 2005; O’Day, Killeen e Iezzoni, 2004) e, por outro lado, também não são questionados sobre o seu formato de leitura preferencial (Sibley, 2009).

Num estudo elaborado na Escócia (Thurston e Thurston, 2010), verifica-se que apenas 10% da comunicação dos serviços de CSP foi prestada em formatos de leitura preferenciais da pessoa com DV. As pessoas com DV que conseguem aceder aos documentos por meio de tecnologia, como por exemplo, leitores de ecrã ou softwares de ampliação, à partida terão mais facilidade em ler as informações de saúde (Sibley, 2009). Deste modo, a adoção de tecnologias, por parte das instituições, pode ser uma alternativa a ponderar, de forma a aumentar a possibilidade de acesso à informação por parte de pessoas com DV. Contudo, é importante não esquecer que as pessoas que não utilizam tecnologia podem vir a ficar excluídas deste acesso, pelo que urge dar respostas válidas, em formatos legíveis a todos os cidadãos.

Sibley (2009) e Thurston e Thurston (2010) através dos seus estudos confirmaram que a falta de informação num formato legível pode trazer algumas consequências para as pessoas com DV, nomeadamente:

- Provocar mal-entendidos na compreensão da informação sobre a sua condição de saúde;
- Causar dificuldades na tomada de decisões informadas sobre a saúde;
- Promover insegurança no ato de identificar e tomar a medicação;
- Levar à toma errada de medicação;
- Causar a perda de consultas ou exames;

- Colocar em causa a sua privacidade e autonomia, na medida em que dependem de terceiros para a leitura de informação pessoal relativa à sua saúde.

Por outro lado, existe literatura científica que refere que muitas pessoas com DV não reivindicam o direito de receber informação acessível (Thurston e Thurston, 2010; Sibley, 2009). As razões apontadas para esta falta de iniciativa prendem-se com a falta de conhecimento, por parte das pessoas com DV, sobre a existência de diferentes formatos de informação (a maior parte das pessoas apenas conhece dois formatos, Braille e letras ampliadas) e desconhecimento da legislação que protege as pessoas com DV da discriminação em razão da deficiência, nomeadamente no que diz respeito ao acesso à informação acessível. Acresce, ainda, o facto de considerarem que pedir informação em formato acessível exige muito esforço e aumenta o receio de serem rotuladas como ‘diferentes’ (Thurston e Thurston, 2010; Sibley, 2009).

Esta postura, por parte das pessoas com DV, pode reforçar a perceção dos profissionais de saúde de que não são necessárias medidas adicionais de acessibilidade para esta população (Sibley, 2009).

A maioria dos profissionais de saúde desconhece, na sua organização, a existência de uma política de defesa dos direitos das pessoas com DV ao nível das suas necessidades de informação, ou referem que quando existe, essa política não é suficientemente clara para poder ser implementada (Sibley, 2009). De acordo com a autora, os profissionais consideram importante a existência de informação em suportes acessíveis e sentem falta de formação sobre quais os suportes de leitura que existem para as pessoas com DV. Os profissionais destacam, ainda, a ausência de meios para produzir informação em formatos acessíveis. Sibley (2009) confirma que são muito poucas as entidades gestoras de cuidados primários que exigem condições de igualdade de acesso às informações de saúde por parte das pessoas com DV.

Ao nível da interação das pessoas com DV com os profissionais de saúde relatam-se alguns constrangimentos, nomeadamente, a falta de conhecimentos para guiar e orientar uma pessoa com DV. Alguns profissionais não questionam as pessoas com DV

de como pretendem ser guiadas, tendendo a assumir posturas desadequadas (por exemplo, agarrar e/ou puxar a pessoa para a guiar) e, eventualmente, utilizar uma linguagem pouco clara e esclarecedora quando descrevem o espaço físico e os percursos que a pessoa terá de seguir (por exemplo, “vá por ali e vire na porta amarela”). Por outro lado, referem os autores, que também cabe à pessoa com DV explicar como gosta de ser guiada e/ou assistida (Iezzoni e O’Day, 2006; Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010). Ainda no que diz respeito à mobilidade das pessoas com DV podem surgir fortes condicionamentos no seu acesso autónomo aos gabinetes pelo facto de não conseguirem visualizar os sistemas eletrónicos, exclusivamente visuais, de chamada de vez (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012).

A comunicação pode ainda ficar comprometida porque há pessoas com DV que poderão não ver pistas visuais, gestos ou expressões faciais (por exemplo, quando o profissional afirma ou nega acenando com a cabeça).

De acordo com a bibliografia, alguns profissionais acreditam que as pessoas com DV preferem que a informação sobre a sua saúde seja transmitida ao familiar e/ou outro que o acompanha. Por isso, normalmente tendem a abordar o acompanhante ao invés de se dirigirem diretamente à pessoa com DV (Sibley, 2009, Thurston e Thurston, 2010). Quando acontece este tipo de comunicação, intermediada por um terceiro elemento, a pessoa com DV pode sentir-se inibida e privar-se de falar sobre as suas reais necessidades (Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, 2017).

Outro aspeto mencionado na literatura é a falta de cuidado ou atenção na apresentação dos profissionais presentes nos gabinetes quando privam com o utente com DV, podendo deixar a pessoa numa posição de desconforto e de insegurança (Iezzoni e O’Day, 2006; Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010).

A não verbalização de atos médicos, ou seja, a não descrição prévia dos procedimentos clínicos e a não descrição de informação visual relevante são também aspetos mencionados pelas pessoas com DV como barreiras à comunicação que poderão trazer ambiguidades, inseguranças e receios relacionados com o desconhecido (Iezzoni e O’Day, 2006; Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010).

Quando as pessoas com DV precisam de preencher um formulário, que se encontra num formato inacessível, têm de recorrer ao seu preenchimento oral num espaço público partilhado por mais pessoas. Coloca-se, nestes casos, a privacidade da pessoa com DV em causa pelo facto de não existir a possibilidade de o fazer num espaço mais reservado (Iezzoni e O’Day, 2006; Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010).

3.2. Oportunidades de melhoria no acesso à saúde

De acordo com a CIF (Organização Mundial da Saúde, 2004), compreendem-se facilitadores como:

Fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa. Estes fatores incluem aspetos como um ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida. (Organização Mundial da Saúde, 2004, página 187)

Cupples, Hart, Johnston e Jackson (2012) e O’Day, Killeen e Iezzoni, (2004) consideram que para se otimizar o contacto entre os profissionais dos serviços de saúde e as pessoas com DV, é importante comunicar de uma forma individualizada e eficaz, antecipando dificuldades. Esta comunicação deve, portanto, responder às necessidades das pessoas com DV dentro dos espaços físicos de saúde, mas também quando regressam a casa.

Refere a literatura (Cupples, Hart, Johnston e Jackson; 2012; Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.b), que devem ser tidos em consideração determinados aspetos em três vertentes: no **acesso à informação acerca das consultas e tratamentos (1)**, na **sinalização e eliminação de barreiras físicas do ambiente (2)** e na **promoção competências de comunicação e de interação (3)**, que se apresentam de seguida.

(1) Melhorar o acesso à informação acerca das consultas e tratamentos:

- Respeitar as preferências das pessoas com DV, face ao suporte da informação escrita preferencial (por exemplo, Braille, letras ampliadas, diferentes tipos de letras, contrastes cromáticos ou informação áudio);
- Ter em consideração esta preferência para as comunicações que decorrem entre marcações ou contactar por telefone ou e-mail os pacientes, lembrando-os da marcação de consultas;
- Saber indicar locais, especialmente farmácias, que prestem informação em suportes acessíveis e/ou que apoiem as pessoas com DV na organização da medicação;
- Conhecer recursos na internet para pessoas com DV, de forma a que os possam recomendar;
- Permitir que as pessoas com DV possam gravar as consultas, especialmente as instruções relacionadas com a medicação;
- Encontrar alternativas para o material standard escrito (informação de consumo geral), incluindo gravações áudio, Braille e letras ampliadas.

lezzoni e O'Day (2006), sintetizando a ideia de diferentes autores, sublinham que a comunicação eletrónica pode oferecer vantagens particulares às pessoas com DV na medida em que encurta a distância física e ultrapassa os contactos telefónicos, nem sempre viáveis, permitindo o esclarecimento de dúvidas e o apoio à distância. A partir da conveniência das suas próprias casas, as pessoas com DV podem obter informações importantes sobre a sua saúde e respostas, dos seus próprios médicos, a perguntas rotineiras. Desta forma, é possível a pessoa com DV receber os resultados de testes ou exames, enviar e receber dados sobre os níveis de glicose, assim como saber informação sobre o ajuste das doses de medicação, etc. Para além do e-mail, os *websites*, através de áreas privadas com acesso por login e palavra passe, podem proporcionar oportunidades de comunicação mais estruturadas entre os profissionais e as pessoas, garantindo a privacidade da informação e da comunicação. Estas páginas *Web* podem suportar e-mails, bem como informações personalizadas acessíveis a cada utilizador, como por exemplo, informações sobre alergias, medicamentos prescritos, resultados dos testes, lembretes sobre consultas e rastreios de rotina recomendados. Este tipo de plataformas poderá, também, permitir que os pacientes possam introduzir

dados sobre a sua saúde (como por exemplo níveis de glicose) e estar ligados a outras fontes de informação de saúde.

A comunicação online nunca pode substituir inteiramente encontros presenciais, no entanto, o discurso digital dos médicos com os seus pacientes pode ser uma prática que beneficie, especialmente, as pessoas com deficiência.

(2) Sinalizar e eliminar barreiras físicas do ambiente

- Colocar sinalética em Braille e letras em alto relevo em altura apropriada;
- Disponibilizar informação sobre rotas e horários dos transportes públicos;
- Conhecer as obrigações legais que dizem respeito a cães-guia;
- Organizar o espaço físico de modo a criar passagens sem obstáculos (considerar o espaço que os móveis ocupam), atentar para os níveis de iluminação (por exemplo reduzir o brilho, usar contrastes cromáticos) e usar sinalética áudio e tátil.

(3) Promover competências de comunicação e de interação:

- Ajudar as pessoas com DV a deslocarem-se num ambiente desconhecido perguntando, previamente, se precisam de ajuda e como desejam ser guiadas;
- Ter presente as técnicas para guiar e orientar uma pessoa com DV (deixar que a pessoa com DV agarre no braço do guia, caminhando a uma velocidade confortável para a pessoa guiada, que deve ir ligeiramente atrás do guia);
- Descrever o espaço ou ambiente e eventuais barreiras usando uma linguagem simples, precisa e clara, evitando expressões como “aqui junto à janela” ou “ali na porta” sem especificar o local (segunda porta do lado esquerdo, no canto superior direito, etc., etc.);
- Fazer contacto visual com a pessoa (independentemente da falta de visão), apresentando-se e falando diretamente para a pessoa e não para o seu acompanhante;
- Pedir ao utente com DV, quando necessário, que se identifique de modo a reconhecer a sua individualidade;

- Estar atento às respostas não verbais e ao tom de voz (por exemplo evitar gestos para chamar uma pessoa e expressões de negação ou afirmação por gesto);
- Assegurar a privacidade das pessoas com DV quando são ajudadas a preencherem formulários na recepção;
- Apresentar todas as pessoas que estão ou entram na sala e quando alguém se ausentar deve informar a pessoa com DV que o vai fazer;
- Explicar os atos médicos, o que se está a fazer e o que se planeia fazer, nomeadamente verbalizar toda a informação visual (relevante) durante a examinação física e procedimentos;
- O profissional deve apresentar-se, dizer o seu nome, função e o procedimento que irá executar;
- No diálogo, as palavras “ver” e “olhar” devem ser usadas com naturalidade (tentar substituir estas palavras, pode ser constrangedor para o profissional e para a pessoa com DV);
- Dedicar um tempo extra nas consultas para explicar informação que em outras situações poderia ser passada por escrito;
- Fazer um plano para um *follow-up* e entrega de resultados, ou permitir que os pacientes possam fazer questões.

Posto isto, é importante que os profissionais de saúde e gestores sejam sensibilizados para a necessidade de prestarem cuidados centrados no paciente com DV, respeitando os seus valores, preferências e privacidade, tendo como base as obrigações legais, profissionais e éticas que assegurem uma comunicação efetiva.

3.3. O papel dos diferentes atores para a melhoria dos cuidados de saúde

Para que exista uma melhoria nos cuidados de saúde primários, é preciso envolver as pessoas com DV, os profissionais de saúde e os gestores dos serviços de saúde (Sibley,2009).

As pessoas com DV devem ser instruídas a solicitar informações no seu formato de leitura preferencial, compreendendo que ao agirem dessa forma estão a sensibilizar os profissionais de saúde para as suas necessidades de leitura (Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010).

De igual modo, devem ser informadas da legislação que as protege, podendo ficar mais conscientes dos seus direitos e eventualmente reivindicá-los. Esta necessidade é particularmente necessária junto de pessoas com DV desempregadas, com mais de 60 anos cuja DV tenha sido diagnosticada recentemente, com baixa visão ou provenientes de estratos socioeconómicos inferiores (Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010).

É, também, muito importante que as pessoas com DV sintam que têm igual responsabilidade em fomentar uma interação positiva com os médicos e sinalizar o que não está bem (O'Day, Killen, Iezzoni, 2004).

Os **profissionais de saúde** precisam de ser esclarecidos sobre mitos inerentes às preferências de informação das pessoas com DV podendo, assim, melhor compreender as suas necessidades de leitura, bem como as possíveis consequências das informações inacessíveis (Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010). Desta forma, deve ser-lhes proporcionada autonomia para fornecerem informações em formatos acessíveis, o que por sua vez obriga à existência de políticas, procedimentos e orientações claras que permitam a disponibilização de recursos necessários para a prestação de serviços acessíveis (Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010).

Nos procedimentos relacionados com os registos processuais, os profissionais devem realizar o registo das necessidades individuais de cada paciente com DV, incluindo as respetivas preferências de leitura, assim como garantir que as informações acessíveis são fornecidas por meio de um sistema de alerta automático. Por exemplo, o profissional regista as necessidades de leitura da pessoa com DV numa rede digital interna que emite um aviso eletrónico (relembrando o suporte de leitura preferencial da pessoa) sempre que o arquivo do paciente for aberto (Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010).

Os serviços de gestão de cuidados de saúde precisam de estar em consonância com tudo o que foi referido anteriormente. Desta forma, precisam de criar procedimentos e objetivos monitorizáveis, que garantam que as pessoas com DV tenham direito ao acesso a informações sobre a sua saúde em equidade com as demais. Sibley (2009) recomenda que as entidades gestoras disseminem orientações internas sobre como responder às necessidades de informação das pessoas com DV, adequando as questões logísticas para esse fim, bem como atentar à formação dos seus recursos humanos.

As organizações devem ter em conta que a formação e conhecimento que proporcionam aos seus funcionários são cruciais para garantir um bom atendimento a todos os seus clientes. Como tal, deveria ser contemplado o tema da DV na formação do trabalhador. É essencial compreender que os profissionais não podem garantir a prestação de um trabalho de qualidade, sem o apoio logístico dos restantes serviços da organização. O sistema deve oferecer a flexibilidade necessária para responder às necessidades de uma pessoa com DV, nomeadamente através da disponibilização de informação em diversos formatos e no acompanhamento da pessoa com DV ao gabinete do médico (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.c).

A organização deve respeitar a diversidade de públicos e disponibilizar - proativamente - informação em diversos formatos acessíveis sem ter que depender de um pedido específico das pessoas com DV (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.b). Desta forma, reforça-se o acesso à informação acessível como uma escolha do paciente face à oferta da organização e não como uma característica especial, combatendo-se medos inerentes à estigmatização expressa por algumas pessoas com DV.

No que se refere à disponibilização da informação na *Web*, a acessibilidade deve ser uma prioridade para qualquer entidade quando precisa de comunicar com o público. Existem soluções que permitem criar páginas *Web*, atraentes graficamente e acessíveis a pessoas com DV, desde que cumpram as recomendações da Iniciativa para a Acessibilidade da *Web* do *World Wide Web Consortium (W3C)* (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.c; lezzoni e O'Day, 2006)

Uma política inclusiva de informação vai para além da produção dos documentos em diversos formatos. Sendo a comunicação um processo fundamental para a inclusão social das pessoas com DV, deve assentar num atendimento humanizado, ou seja, numa abordagem de comunicação adaptada que promova a individualidade (Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, 2017). O entendimento sobre a DV é imprescindível para perceber as características de cada pessoa e proporcionar um atendimento personalizado que responda às suas expetativas, necessidades e autonomia de uma forma digna (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal, s.d.b).

A melhoria dos processos comunicacionais e de interação entre profissionais da saúde e pessoas com DV implica a conjugação de várias dimensões, tais como: o acesso físico às instalações, a prestação de informações em formatos acessíveis e a capacitação das pessoas com DV no que se refere aos seus direitos e deveres (Thurston e Thuston, 2010; Sibley, 2009). Acresce, também, a consciencialização e capacitação dos profissionais de saúde sobre o que é a DV, como se expressa e o impacto que a mesma poderá ter ao nível da comunicação e interação com os demais (Nzegwu, 2005; Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010). E por último, mas não menos importante, a reestruturação das organizações e o desenvolvimento de serviços (Sibley, 2009).

II METODOLOGIA

Serve o presente capítulo para descrever o percurso desta investigação e a metodologia utilizada. Atendendo que a dissertação em causa pretende compreender a perceção das pessoas com DV, enquanto utentes, no acesso aos cuidados de saúde primários, perspetivou-se uma metodologia que permitisse aprofundar os resultados inerentes à questão de investigação: Em que medida o CS responde às necessidades de comunicação e de interação das pessoas com DV nos cuidados de saúde primários?

Em simultâneo, a investigação foi conduzida tendo em conta os seguintes objetivos específicos: identificar necessidades ao nível da comunicação e interação que as pessoas com DV possam sentir nos centros de saúde; analisar em que medida os suportes de informação disponibilizados nos centros de saúde respondem às necessidades da pessoa com DV; descrever a perceção dos utentes com DV relativamente à comunicação e interação direta com os profissionais de saúde.

4. TIPO DE ESTUDO

Este estudo enquadra-se num paradigma misto, na medida em que combina características de uma abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo cruzar resultados relativos a tendências nas opções de resposta e uma maior profundidade e compreensão do fenómeno em estudo. De acordo com o referido paradigma, este estudo pretende compreender a visão dos participantes sobre as dificuldades que sentem no acesso aos cuidados de saúde primários, para tal, baseia-se em conhecimento pragmático e na recolha de dados quantitativos e qualitativos (Creswell, 2007).

Todos os factos são ricos em significados e parte do investigador interpretar os dados recolhidos com base em análises indutivas da informação. Por outro lado, faz uso de descrições resultantes do tratamento estatístico, complementando a compreensão do fenómeno estudado de forma mais precisa (Fortin, 2009; Carmo e Ferreira, 2008). Desta forma, como estudo exploratório-descritivo, o presente trabalho pretende

identificar e descrever as possíveis dificuldades sentidas pelas pessoas com DV no acesso aos cuidados de saúde primários. Por outro lado, perspetiva descrever as variáveis que permitam compreender o porquê das dificuldades presentes na comunicação, na resposta às pessoas com DV, em cuidados de saúde primários (Fortin, 2009).

5. PARTICIPANTES

A população do estudo é constituída por pessoas com DV (cegueira ou baixa visão). Na impossibilidade de chegar a toda a população, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, bola de neve, que não garante a representatividade dos resultados e a sua generalização à população em estudo (Huot, 2002), contudo, permite-nos ter noção da perceção de algumas pessoas com DV, no que se refere à comunicação em CS e à interação com os respetivos profissionais.

Para se efetivar a recolha de dados e com o objetivo de chegar ao maior número possível de pessoas com pessoas com DV, solicitou-se a diversas associações de pessoas com DV, a nível nacional, a partilha de um inquérito, por e-mail, através dos seus contactos nas bases de dados (Anexo 1). Em simultâneo, foi divulgado em sites de redes sociais. A adesão ao questionário beneficiou da indicação de participantes que o preencheram e o sugeriram a colegas e amigos.

Para participação no estudo foram utilizados os seguintes critérios:

- os participantes deveriam ser pessoas com DV (cegueira ou baixa visão);
- terem idade igual ou superior a 18 anos;
- serem residentes em Portugal;
- serem utilizadores de um CS nos últimos 5 anos.

Todas as pessoas que não cumprissem estes critérios seriam excluídas do estudo.

6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Pretendendo-se auscultar a perceção de pessoas com DV, relativamente ao acesso aos CSP com base na sua experiência enquanto utentes, aplicou-se um inquérito por questionário por permitir a recolha sistemática de dados, com vista a dar resposta a um problema específico (Almeida e Pinto, 1995).

O inquérito por questionário em suporte digital apresenta francas vantagens para as pessoas com DV, tendo sido, por isso, a opção para esta investigação. Com o desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação, a utilização dos meios informáticos pelas pessoas com DV tornou-se numa das formas de inclusão digital e social, promovendo e facilitando o seu acesso à informação (Kleynhans e Fourie, 2014). As vantagens desta ferramenta, são, para além da sua utilização autónoma, a facilidade em poder chegar a várias pessoas em simultâneo, a natureza impessoal do questionário (respostas anónimas) e a uniformização na apresentação das questões (Fortin, 2009).

Este instrumento é constituído por questões com respostas fechadas, que permitem a quantificação de resultados, e questões com respostas abertas, que dão espaço à liberdade de expressão e permitem um maior aprofundamento do assunto em causa. Portanto, reúne informações numéricas (quantitativas) e informações de texto (qualitativas) (Creswell, 2007).

O inquérito por questionário, fundamentado nos indicadores previstos nos estudos de O'Day, Killeen e Iezzoni (2004); Cupples, Hart, Johnston e Jackson (2012); Sibley (2009), Thurston e Thurston (2010) e Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, (2017), subdivide-se em quatro partes:

1. A primeira parte refere-se à caracterização dos participantes, com o intuito de se conhecer os seus dados sociodemográficos e tipologia de DV;
2. A segunda parte versa sobre questões relacionadas com o acesso à informação escrita e as respostas existentes nos centros de saúde a este nível. O objetivo é perceber se as preferências de leitura das pessoas com DV são correspondidas,

- quais os impactos da informação inacessível e de que modo a sua autonomia e privacidade é posta em causa;
3. A terceira parte refere-se à especificidade da interação entre pessoas com DV e profissionais no contexto dos cuidados de saúde, interessando saber como as pessoas com DV se sentem que são atendidas e orientadas nos centros de saúde;
 4. A quarta parte, apresenta duas questões de resposta aberta facultativas: uma sobre iniciativas positivas dos centros de saúde que fossem importantes destacar e outra sobre sugestões que possam melhorar a acessibilidade da comunicação dos centros de saúde. Este último bloco tem como objetivo identificar boas práticas e sugestões que possam vir a ser replicadas em diferentes contextos, com vista a melhorarem os serviços e o atendimento nesta área.

A primeira redação do questionário foi encaminhada para professores do Politécnico de Leiria e peritos da área da DV, da qual resultou uma versão mais aperfeiçoada e rigorosa. Uma segunda versão de pré-teste foi construída na plataforma *Web Google forms*, tendo sido disponibilizada online a um grupo de pessoas com DV, que a avaliaram do ponto de vista da compreensão das questões e da acessibilidade do instrumento.

Importa referir que foram consideradas, na construção deste questionário, opções que agilizassem a sua leitura por um leitor de ecrã. Neste sentido, todas as respostas que implicassem escalas (por exemplo, de nunca a sempre), foram definidas como escolha múltipla para ficarem posicionadas na vertical (e não na horizontal) e assim serem mais facilmente lidas pelo leitor de ecrã.

Após o teste piloto foram retificadas algumas questões, ao nível dos enunciados, não sendo detetados problemas de acessibilidade, o que permitiu a redação definitiva do questionário (Anexo 2).

A recolha de dados foi feita de 17 de maio a 25 de junho de 2019.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

As técnicas utilizadas para a análise de dados são a análise estatística e a análise de conteúdo.

A partir da literatura científica identificaram-se temas que permitem organizar e compreender de forma mais aprofundada o processo de comunicação que decorre no contexto de acesso aos CSP por parte das pessoas com DV. Neste âmbito, foram definidas questões de resposta fechada, algumas das quais com opção aberta “Outro(a)”, relacionadas com: o acesso à informação escrita, nomeadamente, os métodos de leitura preferenciais; o tipo de informação e os suportes acessíveis disponibilizados pelo CS; a privacidade e autonomia da pessoa com DV no acesso e na gestão das informações relacionadas com a saúde; e, por fim, a interação com os profissionais designadamente ao nível do diálogo, do apoio na deslocação e na gestão de informações durante as consultas.

Para o tratamento e análise dos dados quantitativos (Anexo 3) foi utilizado o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Esta ferramenta permite a realização de estatística descritiva e de estatística inferencial, no entanto, neste estudo, procedeu-se apenas à análise de estatística descritiva pelo facto da amostra não ser representativa da população. Desta forma, foi possível a obtenção de dados dos participantes, que permitiram identificar as tendências de resposta relativas aos itens questionados. Foi, também, utilizado o *software Microsoft Excel* para apoio à elaboração de gráficos. Importa esclarecer que na totalidade foram recebidas 125 respostas, contudo, uma delas foi considerada inválida por se tratar de uma duplicação, estando esta considerada pelo *software* SPSS como caso omissivo. Por este motivo foram consideradas, para o estudo, 124 respostas. Por outro lado, atendendo a que o inquérito tem questões em que era possível selecionar mais do que uma opção, é expectável que o total das percentagens dessas respostas seja superior a 100%, como é o caso das questões:

- 1.6 “como vai ao centro de saúde”

- 2.3.1. “se respondeu sim [o CS fornece informação num suporte acessível], por favor refira se é algum dos seguintes documentos”
- 2.3.2. “no caso do CS facultar informação um suporte acessível, refira qual”

A análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para obter indicadores, expressos em conteúdo de textos (ou imagem) que permitem a inferência de conhecimentos. Esta análise implica um trabalho de classificação, codificação e interpretação dos elementos constitutivos do conteúdo emitido no processo de comunicação e que não são imediatamente acessíveis na leitura (Robert e Bouillaguet, 1997; Bardin, 2014).

Neste sentido, procedeu-se à análise de conteúdo das respostas abertas, sendo que nas opções “Outra”, não houve registo de informação de relevo. Apenas foram obtidas respostas significativas nas questões 2.4 “Motivos pelos quais os participantes não pedem informações acessíveis” (Anexo 4), 2.5. “Consequências da informação inacessível para os participantes” (Anexo 5), 4.1. “Iniciativas dos centros de saúde facilitadoras da comunicação” (Anexo 6) e 4.2. “Sugestões de melhoria” (Anexo 7).

Após a leitura atenta das respostas, foram definidas, a posteriori, categorias e subcategorias que permitiram agregar vários indicadores/unidades de registo e respetivas unidades de contexto, possibilitando a organização da informação para uma melhor análise dos resultados.

A **Tabela 1** apresenta as categorias e subcategorias referentes à questão 2.4 “Motivos pelos quais os participantes não pedem informações acessíveis”, a **Tabela 2** as categorias e subcategorias referentes à questão 2.5 “Consequências da informação inacessível para os participantes”, a **Tabela 3** as categorias e subcategorias referentes à questão 4.1 “Iniciativas dos centros de saúde facilitadoras da comunicação” e a **Tabela 4** as categorias e subcategorias referentes à questão 4.2 “Sugestões de melhoria”.

As respostas à pergunta “**Explique os motivos pelos quais não pediu para receber alguma informação num suporte acessível**” agrupam-se numa só categoria que se divide em 14 subcategorias, que se apresentam de seguida na Tabela 1.

Tabela 1 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre os motivos pelos quais os participantes não pedem informações acessíveis

Categorias	Subcategorias
Motivo	Necessidade
	Desconhece uma razão
	Apoio dos profissionais
	Recebe informação por via eletrônica
	Desconhecimento de direitos e/ou práticas
	Crença de que não apoiariam
	Carência de serviços de apoio
	Não foram questionados
	Dificuldades em ler
	Apoio de terceiros
	Receio de incomodar
	Proximidade do CS
	Frequência
	Uso de estratégias

Abaixo, apresenta-se a Tabela 2 que destaca a categoria resultante da questão aberta acerca das **consequências, para os participantes, de não receberem documentação acessível do CS**, da qual resultou 4 subcategorias.

Tabela 2 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre as consequências da informação inacessível para os participantes

Categorias	Subcategorias
Em que medida se sentiu afetado	Perda de informação
	Perda de autonomia
	Esforço acrescido
	Desmotivação

Para analisar as respostas abertas das questões 4.1 e 4.2, referentes a oportunidade de melhoria, foram definidos, a priori, dois grandes temas: **iniciativas dos centros de saúde que facilitem a comunicação com pessoas com DV** e **sugestões de melhoria da comunicação dos centros de saúde**.

Ao nível das **iniciativas dos centros de saúde** criaram-se duas grandes categorias “Organização dos serviços” e “Otimização da comunicação” e cinco subcategorias associadas (Tabela 3).

Tabela 3 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre iniciativas dos centros de saúde que facilitam a comunicação com pessoas com deficiência visual

Categorias	Subcategorias
Organização dos serviços	Recursos humanos
	Recursos materiais
	Cumprimento da legislação
Otimização da comunicação	Prestação da informação
	Atendimento/interação

No que toca às **sugestões de melhoria**, foram identificadas quatro grandes categorias, que se dividiram em onze subcategorias (Tabela 4).

Tabela 4 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo sobre sugestões de melhoria da acessibilidade/ comunicação dos centros de saúde.

Categorias	Subcategorias
Ações dirigidas a profissionais	Formação
	Sensibilização
Acessibilidade arquitetónica	Orientação e mobilidade
Otimização dos serviços	Recursos humanos
	Reconhecimento de voz no atendimento automático pelo telefone
	Registo administrativo no sistema informático
Otimização da comunicação	Iniciativas/ Proatividade dos serviços
	Prestar informação acessível
	Chamada para atendimento
	Privacidade
	Acessibilidade digital

8. QUESTÕES ÉTICAS

De forma a respeitar todas as questões éticas e princípios definidos pela Lei da proteção de dados pessoais (Regulamento, UE, 2016/ 679, 2016), foi feito um pedido de parecer à Comissão de Ética do Politécnico de Leiria, relativamente ao presente estudo, o qual obteve parecer positivo (N.º CE/IPLEIRIA/15/2019).

Deste modo, foi enviado um pedido de divulgação do estudo a associações de pessoas com DV assim como foi divulgado em sites de redes sociais.

O inquérito por questionário apresenta, na sua introdução, de forma objetiva, a investigadora, o objetivo do trabalho, a finalidade do questionário e o consentimento informado no qual se expressa a não solicitação de quaisquer dados pessoais que identifiquem os participantes, garantindo, desta forma, o anonimato, assim como o caráter voluntário de participação no estudo. Reforça ainda que os dados obtidos serão utilizados com fins meramente científicos, sendo destruídos após a finalização do estudo.

III APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados do questionário divididos em quatro áreas de análise: a primeira sobre a caracterização dos participantes; a segunda sobre o acesso à informação escrita; a terceira sobre a interação das pessoas com DV com os profissionais de saúde e a quarta e última, sobre oportunidades de melhoria, ou seja, boas práticas já implementadas pelos centros de saúde que possam ser replicadas e sugestões de melhoria da comunicação dos centros de saúde referidas pelos participantes.

9. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O inquérito foi respondido por 124 pessoas, sendo que 56,5% são do sexo masculino e 43,5% do sexo feminino. O participante mais novo apresenta 20 anos, o mais velho 80 anos e a idade média ronda os 47 anos.

No que diz respeito à deficiência visual, 62,1% dos participantes referem possuir cegueira e 37,9% baixa visão. Importa destacar que, apesar de ter sido feita esta questão, não se verificou que a distinção do tipo de deficiência influenciasse de forma significativa os resultados.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos participantes em termos de habilitações literárias, onde é possível ver que a maioria das pessoas tem, no mínimo, o ensino secundário, sendo que uma boa percentagem apresenta o ensino superior. Desta forma, podemos reparar que 46,8% dos participantes tem licenciatura, mestrado ou doutoramento, seguindo-se 31,5% de inquiridos com o 12º ano. Apesar de uma percentagem mais baixa, não deixa de ser curioso e merecer atenção que 21,8% das pessoas apresenta apenas o ensino básico. Estes resultados podem reforçar a necessidade de tornar a informação mais acessível, não só em termos de formatos e suportes preferenciais de leitura a pessoas com DV, mas também ao nível da utilização de uma linguagem mais clara e precisa, considerando que 3 em cada 4 pessoas em

Portugal apresentam dificuldade em compreender informações técnicas relacionadas com a saúde (Paiva et al., 2017).

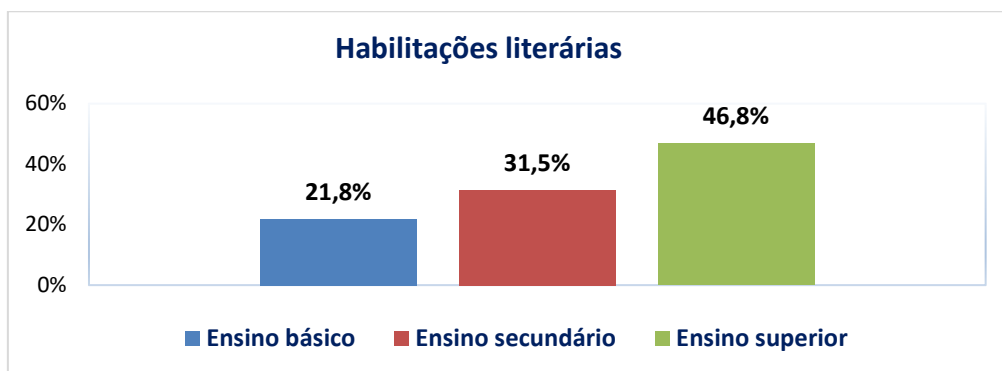


Gráfico 1 - Dados referentes às habilitações literárias dos participantes. N=124.

Os participantes distribuem-se por 17 distritos do território continental e pela Região Autónoma dos Açores, sendo o maior número de participantes, 25,8%, pertencente ao distrito de Lisboa, seguindo-se Leiria com 15,3% participantes, Porto com 14,5% e Coimbra com 8,1% dos participantes.

No que se refere à autonomia das pessoas com DV na deslocação ao CS (Gráfico 2), no geral, verifica-se que 49,6% das pessoas vão sozinhas, no entanto, constata-se que a necessidade de transporte, assinalada por 36% dos inquiridos e a necessidade de orientação dentro do CS, referida por 26,4% dos participantes, são fatores que comprometem a autonomia das pessoas com DV tendo que depender de terceiros.

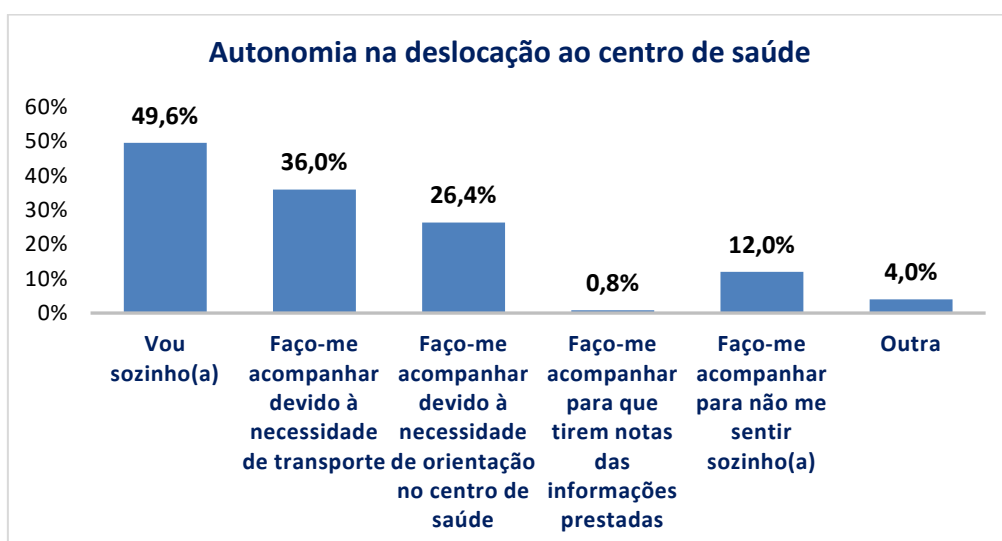


Gráfico 2 - Dados referentes à autonomia das pessoas com DV na deslocação ao CS. N=124

10. ACESSO À INFORMAÇÃO ESCRITA

10.1. Preferências de leitura das pessoas com deficiência visual

Para compreender quais os formatos de acesso à informação escrita mais adequados a cada participante, foi solicitado, aos participantes, que indicassem os seus métodos de leitura preferenciais (Gráfico 3).

Constata-se que o leitor de ecrã associado, por exemplo, a um telemóvel, tablet, computador, leitor autónomo, etc. foi selecionado por 54% das pessoas como sendo o seu método de leitura preferencial, enquanto a utilização do Braille em papel representa a escolha de 16,1% dos participantes e as letras ampliadas, num suporte digital, 14,5% dos participantes. Os resultados permitem-nos refletir sobre a diferença nos pesos percentuais, por um lado, nem todas as pessoas com DV sabem ler Braille (por exemplo porque desenvolveram a DV tardiamente ou porque têm dificuldades no tato); por outro lado, a preferência pela utilização de novas tecnologias da informação e comunicação, é consonante com a literatura que refere as vantagens de meios eletrónicos para uma comunicação mais acessível, não só em termos de leitura, mas também porque agiliza a comunicação, reduzindo a distância física entre as pessoas e os profissionais (Iezzoni & O'Day, 2006).

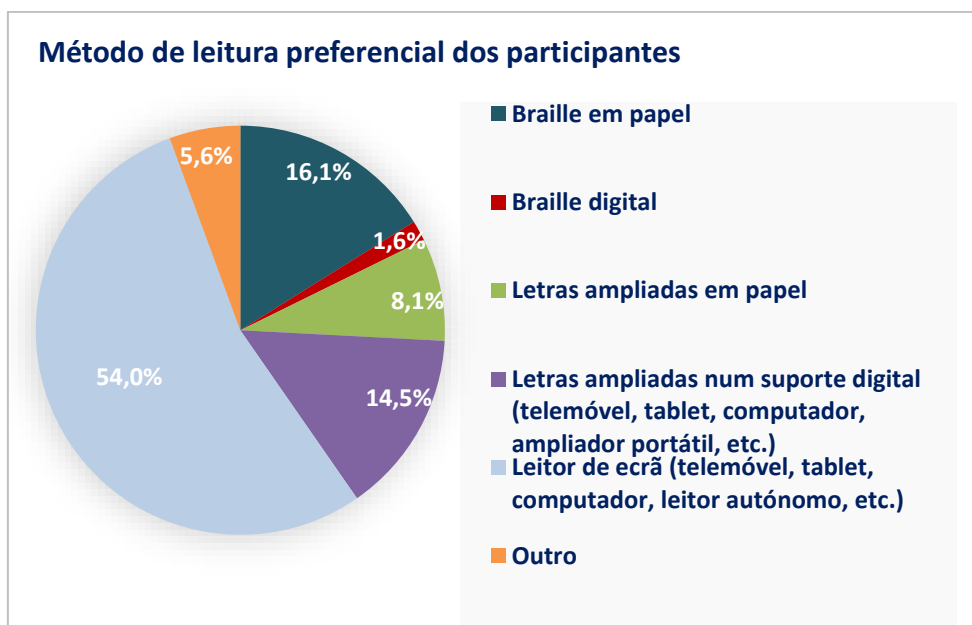


Gráfico 3 - Informações relativas ao método de leitura preferencial dos participantes. N=124.

10.2. Resposta existente nos centros de saúde

Considerando a diversidade de formatos preferenciais de cada participante, é relevante saber se os Centros de Saúde respondem às suas necessidades. Os resultados revelam que 88,7% dos participantes nunca foram questionados sobre o formato em que preferem receber a informação de saúde. Apesar destes resultados, diversos estudos (exemplo, O'Day, Killen e Iezzoni, 2004; Nzegwu, 2005; Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010) referem que as pessoas com DV consideram essencial receber a informação sobre a sua saúde no seu formato de leitura preferencial, pelo que se torna pertinente a aposta em formatos acessíveis e alternativos.

Ainda que a maioria dos centros de saúde não questione os participantes sobre os formatos de leitura preferenciais, é relevante compreender se é usual prestarem informação em suportes acessíveis e apenas 25% dos participantes confirmou que recebe informação num formato acessível. Este facto assemelha-se aos resultados do estudo de Thurston e Thurston (2010) que refere apenas 10% da comunicação dos serviços ser prestada nos formatos de leitura preferenciais das pessoas com DV.

O grupo de participantes que recebe informação acessível referiu que os principais documentos enviados são a prescrição de medicamentos (21,6%) e o agendamento de consultas (12%) (Gráfico 4).

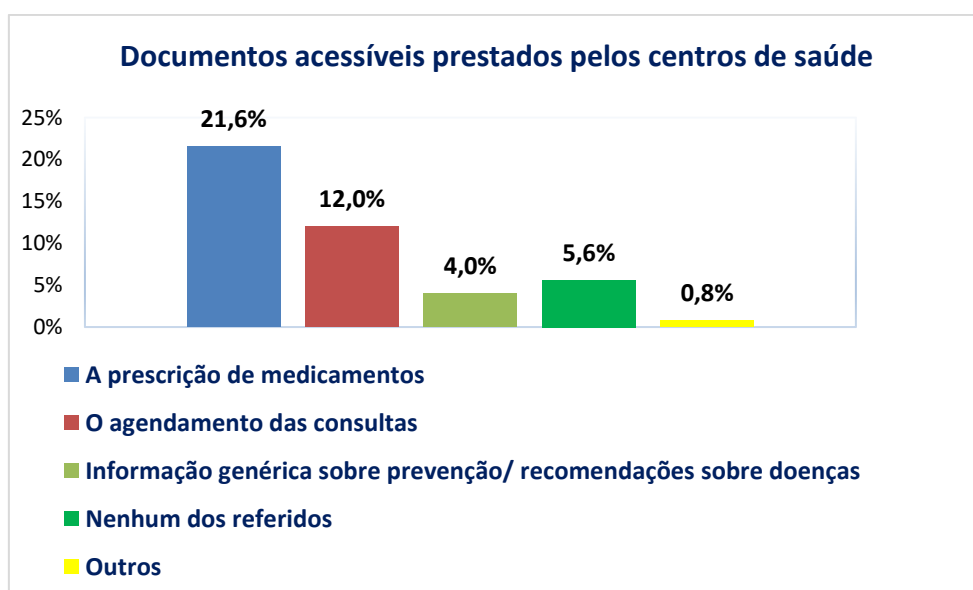


Gráfico 4 - Dados referentes ao tipo de documentos acessíveis prestados pelos centros de saúde. N=31.

Nestes casos, através do Gráfico 5, é possível perceber que o suporte maioritariamente utilizado é o digital (pen, email, web, etc.), representando 23,2% das respostas, o que vai ao encontro dos métodos de leitura preferenciais indicados pela maioria dos participantes deste estudo. Curiosamente e não deixando de ser um formato digital, na opção “outros” algumas pessoas destacaram o envio de mensagens de telemóvel - *Short Message Service* (SMS) o que aumenta a probabilidade das pessoas com DV, que usam formatos digitais, de lerem a informação, ao contrário das que não usam as novas tecnologias (Sibley, 2009).

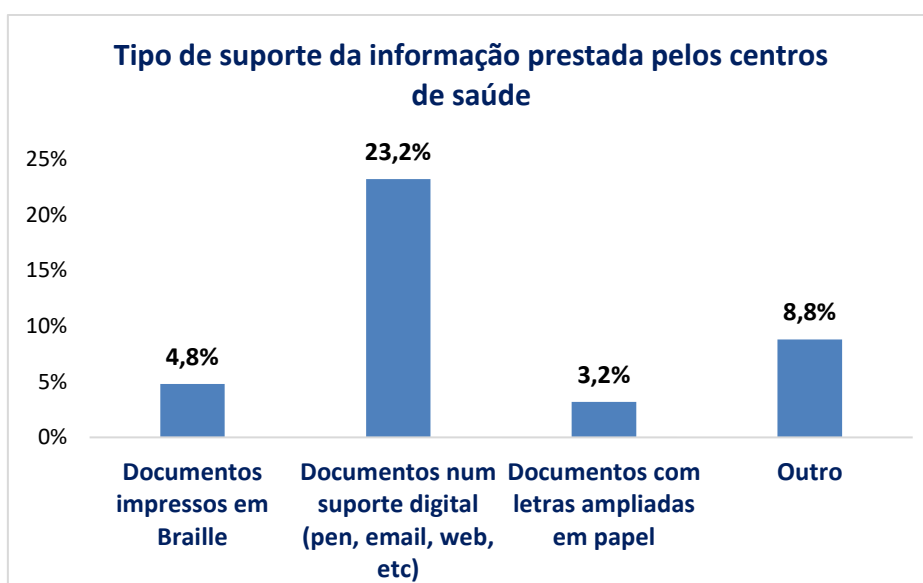


Gráfico 5 - Resultados referentes ao tipo de suporte dos documentos prestados pelos Centros de Saúde. N=31

Apesar do acesso à informação, em formatos que sejam acessíveis à diversidade de públicos, ser um direito consagrado na CDPD (Resolução da Assembleia da República nº56/2009), verifica-se que 76,6% das pessoas não pede ao seu CS informação num suporte acessível e 11,3% refere “não sei/não me lembro”. Só 12,1% dos participantes é que solicita informação acessível.

As justificações que os participantes apontam, para não solicitarem informação acessível ao seu CS, são diversas: alguns participantes respondem não precisarem ou não sentirem necessidade; outros referem o desconhecimento de direitos e/ou de práticas; ou, até mesmo, porque nunca tinham “pensado que o centro de saúde deveria de facto disponibilizar informação em formato acessível” (P132) e creem que o CS não os apoiaria a este nível. São, também, mencionadas justificações que se

prendem com o facto de terem apoio na leitura por parte de amigos e/ou familiares, por exemplo, “tenho quem me ajude em casa para ler as prescrições” (P214) e ainda outros participantes referem recorrer à elaboração de apontamentos, à memorização da informação prestada na consulta e/ou à utilização de produtos de apoio em casa (por exemplo, podem ampliar textos impressos usando ampliadores ou softwares de ampliação).

Estes resultados corroboram a literatura (exemplo, Thurston e Thurston, 2010), que refere que as pessoas com DV usam estratégias cognitivas e comportamentais para fazer face à inacessibilidade da informação, o que pode justificar os motivos pelos quais determinadas pessoas não pedem informação acessível no seu CS.

Por outro lado, há outros participantes que não pedem a informação em formatos acessíveis porque sentem que pedir é um esforço, porque desconhecem a legislação ou, algumas vezes, porque desconhecem os diferentes formatos de acesso à informação acessível (Sibley, 2009), o que pode dever-se ao desenvolvimento tardio da DV ou a outros fatores que possam contribuir para o desconhecimento dos seus direitos. Desta forma, tal como sugerem Sibley (2009) e Thurston e Thuston (2010), é crucial informar as pessoas com DV dos seus direitos, para que possam reivindicá-los, em particular as desempregadas, com mais de 60 anos, com diagnóstico de DV recente e cujo estrato socioeconómico seja mais baixo.

Duas pessoas referem, ainda, que não solicitam informação acessível porque nunca lhes foi dada a opção de escolha. Apesar de ter havido apenas um participante a referir que não solicita informação para não incomodar os serviços, este facto pode ser consonante com os estudos de Sibley (2009) e Thurston e Thurston (2010). De acordo com a investigação de Thurston e Thurston (2010) uma margem de 11% dos seus participantes não deseja solicitar informações no seu formato de leitura preferencial porque não querem ser rotuladas como diferentes.

Sibley (2009) refere que estas atitudes não permitem que a pessoa com DV solicite, com confiança e com base nos seus direitos, o acesso à informação acessível.

Invariavelmente promove-se, juntos dos profissionais de saúde, a crença de que tal não é importante. Este conflito destaca a necessidade das instituições apresentarem

informações em formatos alternativos como um elemento principal dos seus serviços, ou seja, como uma escolha dos utentes e não como um requisito especial.

Os autores salientam que é também necessário instruir a pessoa com DV a solicitar informação no seu formato de leitura preferencial, de forma a sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das suas necessidades (Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010).

Apesar da maior parte das pessoas (67,7%) referir que a falta de documentação acessível do CS não as afeta, 25% dos inquiridos sente consequências desta privação. As áreas em que se sentem mais afetados referem-se à perda de informação sobre os horários da medicação, sobre a toma/compra de medicação, sobre o dia da consulta e sobre informação generalizada. Indo ao encontro das conclusões de investigação de Sibley (2009) e Thurston e Thurston (2010), no presente estudo, há, também, registos de perda de autonomia, pela necessidade de depender de terceiros e, desta forma, comprometer a capacidade de decisão, tal como refere o P223 que “implica retirar parte da minha autonomia de verificação”. É também destacado, mais uma vez, o esforço acrescido: “ter de pensar com muita antecedência” (P172) e ter de confirmar sempre pelo telefone “a data e hora da marcação das consultas, por recear [esquecer-se]” (P185). Avaliando caso a caso, de acordo com Iezzoni e O’Day (2006) o contacto por telefone para prestar pequenas informações (como por exemplo, lembrar os dias das consultas) poderia contornar estas limitações, principalmente junto de pessoas com DV que mostram mais dificuldades em aceder à informação de uma forma geral.

10.3. Autonomia e privacidade da pessoa com deficiência visual no acesso a informações relacionadas com a sua saúde

No que se refere à possibilidade da **autonomia** da pessoa com DV ser posta em causa, pelo facto de outras pessoas lhe lerem informações relacionadas com a sua saúde, o Gráfico 6 revela que 31,5% dos participantes o sente “às vezes”, 8,1% “quase sempre” e 11,3% “sempre”. Somando estas parcelas, o resultado total torna-se significativo contra os 29,8% de participantes que refere “nunca” o ter sentido e 12,9%

“raramente”. De acordo com Sibley (2009) ter de confiar nos outros para aceder à informação sobre a sua saúde representa, para as pessoas com DV, uma perda de independência. Thurston e Thurston (2010) acrescentam que o facto de terem de confiar em terceiros representa um impacto negativo em termos psicológicos, sendo a perda de autonomia um sentimento negativo fortemente relatado pelos participantes.

Ainda no Gráfico 6, que se refere ao comprometimento da **privacidade** das pessoas com DV pelo facto de outras pessoas lhes lerem informações relacionadas com a sua saúde, 25,8% dos participantes refere vivenciar essa situação “às vezes”, 4% “quase sempre” e 1,6% “sempre”. O facto de terem de pedir a outras pessoas que os ajudem na leitura de informação inacessível põe em causa a sua privacidade (Sibley, 2009). Ainda assim, 45,2% dos participantes refere que “nunca” o sentiu e 15,3% “raramente”.

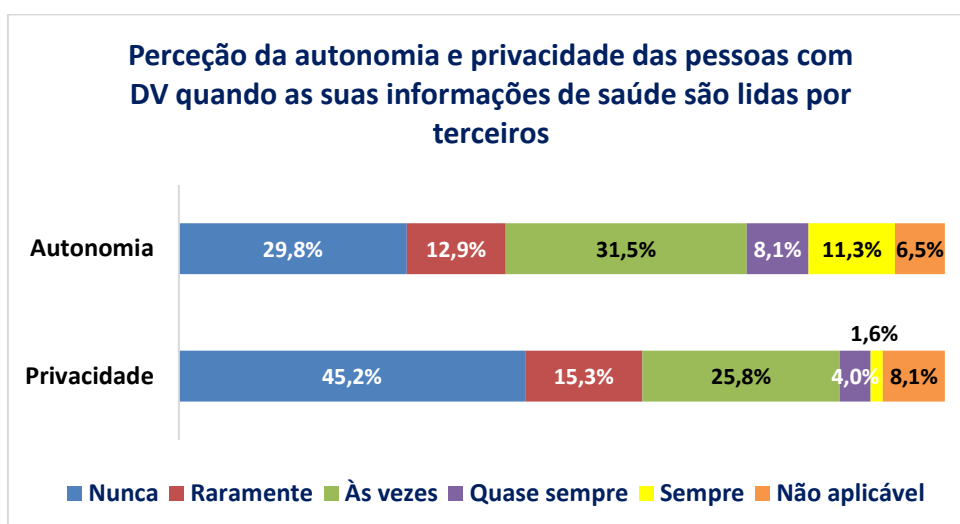


Gráfico 6 - Resultados referentes à perceção das pessoas com DV relativamente à sua autonomia e privacidade poder ser posta em causa pelo facto de outras pessoas lhes lerem informações relacionadas com a sua saúde. N=124

Quando as pessoas têm de responder em voz alta a formulários num espaço público e partilhado por mais pessoas, devem ser garantidas medidas de privacidade no sentido de preservar o direito ao sigilo dos seus dados pessoais. É, por isso, importante compreender se estas medidas são adotadas.

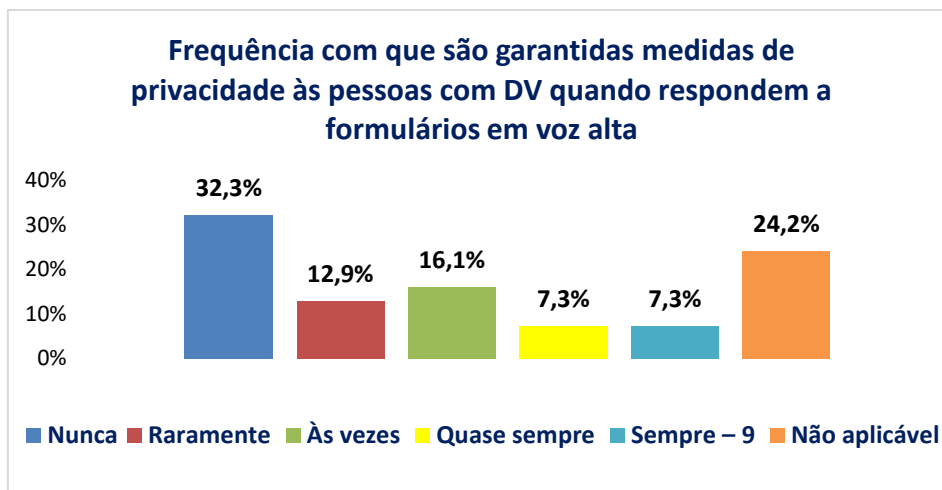


Gráfico 7 - Resultados referentes à frequência com que são garantidas medidas de privacidade quando as pessoas com DV tem de responder em voz alta a formulários num espaço partilhado por mais pessoas. N=124

De acordo com os resultados apresentados no Gráfico 7, 32,3% dos inquiridos responderam que “nunca” lhe são garantidas medidas que promovam a sua privacidade e 12,9% responderam que “raramente” isso acontece. São apenas 7,3% as pessoas que responderam, respetivamente, que essas medidas acontecem “quase sempre” e “sempre” e 16% “às vezes”. Verifica-se um intervalo de 24,2% de pessoas que assinalou a opção “não aplicável”, eventualmente porque nunca passou por uma situação deste género. É significativa a percentagem de pessoas que referiu sentir que a sua privacidade “nunca” ou “raramente” é salvaguarda. A partilha oral de informações, de foro pessoal, em espaços partilhados por outras pessoas pode comprometer a privacidade e confidencialidade da pessoa que se vê obrigada a responder por essa via (Iezzoni e O’Day, 2006). Mais uma vez, a CDPD reforça (no seu artigo 22.º) o respeito, em condições de igualdade com as demais, pela proteção da confidencialidade das informações pessoais e de saúde das pessoas com deficiência.

11. INTERAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS

No que se refere a procedimentos de saúde, o Gráfico 8 revela que 64,5% dos participantes consideram que é “muito importante” os atos médicos serem descritos previamente, pelos profissionais.

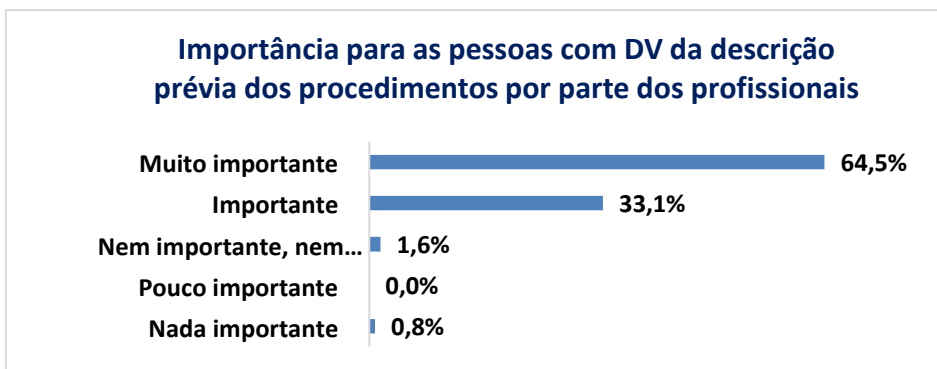


Gráfico 8 - Resultados referentes à importância para as pessoas com DV da descrição prévia dos procedimentos por parte dos profissionais N=124

Atendendo ao Gráfico 9, podemos observar que 56,5% dos inquiridos referem que os especialistas o fazem “sempre” e 21% “quase sempre”. Existe uma parcela de 14,5% dos participantes que refere que os profissionais o fazem “às vezes”. De acordo com vários autores (exemplo, Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012, Thurston e Thurston, 2010) quando os profissionais de saúde o fazem, estão a facilitar o diálogo com os utentes com DV porque explicam previamente o que irá suceder-se, o que poderá contribuir para a diminuição de receios relacionados com o desconhecido. Igualmente importante, a este nível, é a necessidade dos profissionais descreverem informação visual relevante, como por exemplo, uma determinada imagem do corpo humano. Estes cuidados proporcionam à pessoa com DV, segurança, tranquilidade e familiaridade (O’Day, Killeen e Iezzoni, 2004; Iezzoni e O’Day, 2006; Sibley, 2009).

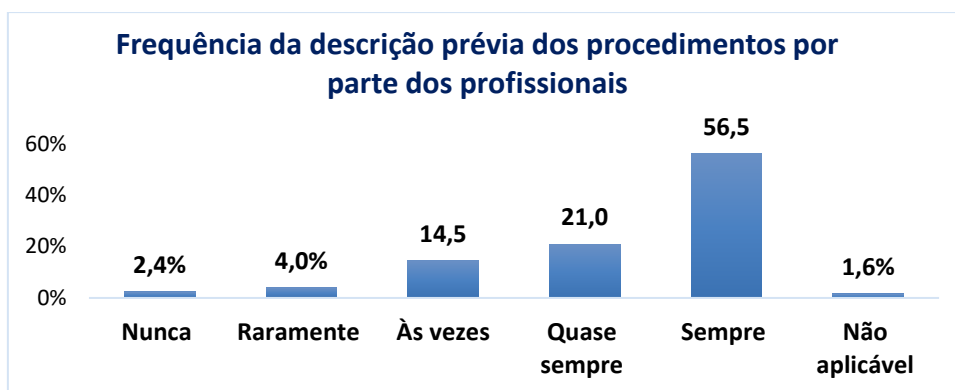


Gráfico 9 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais descrevem previamente os procedimentos N=124.

Quando as pessoas com DV estão num gabinete com mais do que um profissional, 28,2% dos participantes consideram “importante” e 55,6% “muito importante” que esses profissionais sejam identificados (Gráfico 10).

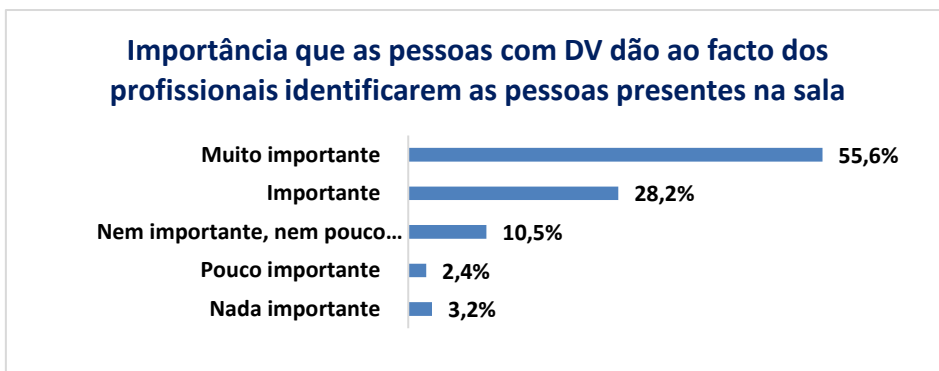


Gráfico 10 - Resultados referentes à importância que as pessoas com DV dão ao facto dos profissionais identificarem as pessoas presentes na sala. N=124

Recorrendo ao Gráfico 11 é relevante destacar que as pessoas com DV quando questionadas sobre se este facto acontece, 12,1% dos inquiridos refere que os profissionais “nunca” o fazem e 15,3% fazem-no “raramente”. Por outro lado, 28,2% dos participantes menciona que o fazem “sempre” e 21,8% “quase sempre”. De acordo com a literatura (exemplo, Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, 2017; Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012), este ato permite que a pessoa com DV se sinta mais confortável e confiante preservando-se a sua individualidade.



Gráfico 11 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais identificam as pessoas presentes na sala. N=124

No que diz respeito aos profissionais permitirem às pessoas com DV registarem notas relacionadas com consultas e tratamentos, para as consultarem posteriormente, o Gráfico 12 permite constatar que 24,2% dos participantes referiu que o permitem “sempre”, enquanto 46% dos respondentes selecionou a opção “não aplicável” porque provavelmente não sentem necessidade de o fazer, podendo ser a memorização uma forma de contornar esta situação.

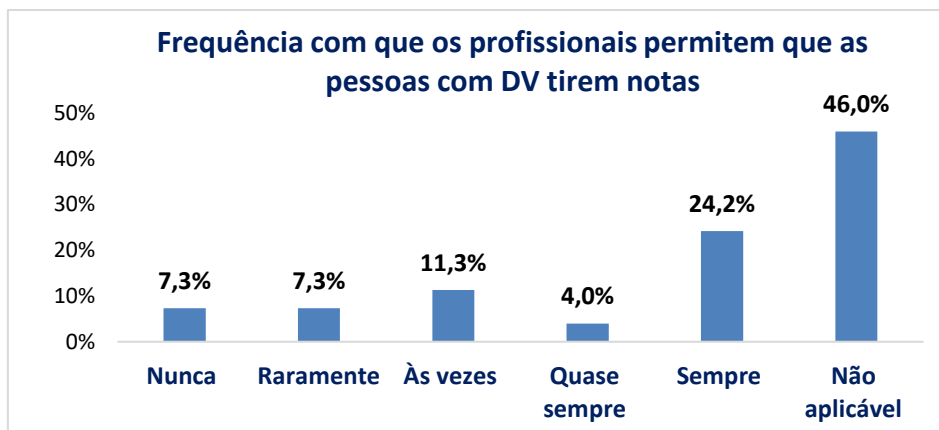


Gráfico 12 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais permitem que as pessoas com DV tirem notas. N=124

Os participantes quando questionados sobre o quão importante consideram esta atitude dos profissionais, 38,5% responderam “muito importante” e 28,7% “importante” (Gráfico 13). Por exemplo, gravar consultas, em especial as instruções relacionadas com a medicação, bem como dedicar um tempo extra para que a pessoa com DV possa anotar informações que de outra forma seriam explanadas num suporte inacessível, são recomendação presentes em diversos estudos (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012; O’Day, Killeen e Iezzoni, 2004).

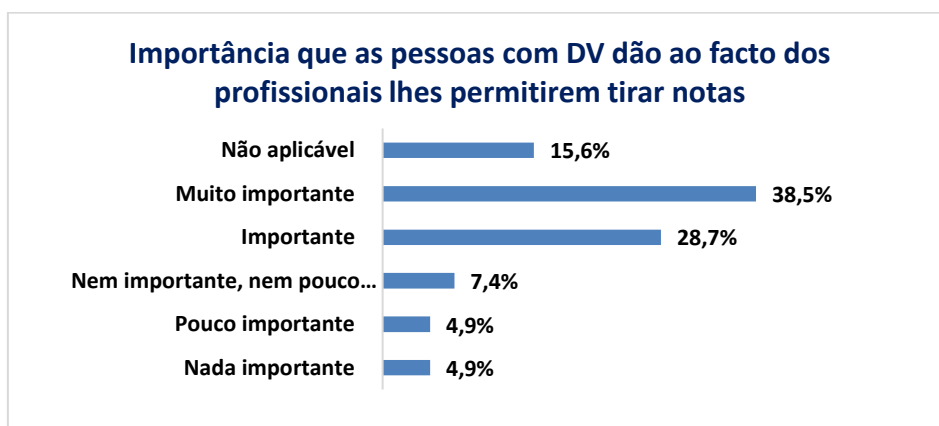


Gráfico 13 - Resultados referentes à importância que as pessoas com DV dão ao facto dos profissionais lhes permitirem tirar notas. N=124

Quando as pessoas com DV vão acompanhadas ao CS, apesar de 39,5% dos inquiridos sentir que os profissionais as abordam diretamente e 29,8% sentir que falam para ambos, 21% dos participantes sente que normalmente falam para o acompanhante (Gráfico 14). Falar diretamente para a pessoa com DV, ou seja, face a face, agiliza a comunicação deixando-a mais confiante para expor as suas necessidades. Deste modo,

evita-se a interferência de um terceiro elemento que pode inibir a iniciativa do utente e iludir o profissional de que é com este que deve falar (Sibley, 2009, Thurston e Thurston, 2010; Medeiros, Costa, Costa, Martins e Dantas, 2017).

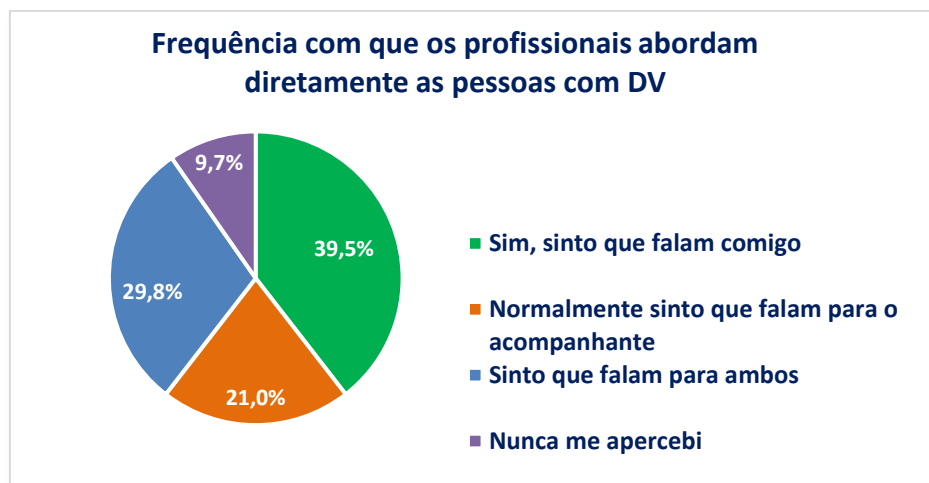


Gráfico 14 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais abordam diretamente as pessoas com DV, ainda que acompanhadas. N=124

Através do Gráfico 15 entende-se que, quando os participantes se deslocam sozinhos no CS, 44,4% referem que são abordados pelos profissionais no sentido de saber se precisam de ajuda e 28,2% refere que isso acontece “às vezes”. Um pequeno grupo de pessoas, 13,7% refere que “não perguntam”.

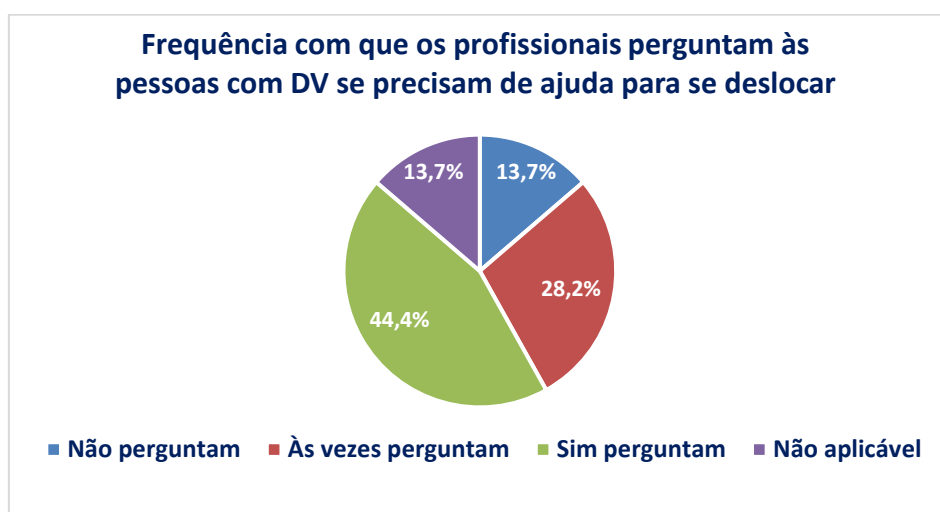


Gráfico 15 - Resultados referentes à frequência com que os profissionais perguntam às pessoas com DV se precisam de ajuda para se deslocarem no CS. N=124

Quando apoiados, por um profissional de saúde (Gráfico 16), 56,5% dos participantes referem que se sentem bem guiados, enquanto 20,2% dos inquiridos não se sentem

bem guiados. Já a opção “não aplicável” selecionada por 16,1% dos participantes pode compreender as pessoas que de algum modo se deslocam sozinhas, eventualmente porque apresentam resíduo visual ou conhecem bem o espaço e, por isso, não precisam de apoio.



Gráfico 16 - Resultados referentes ao modo como se sentem as pessoas com DV quando guiadas pelos profissionais. N=124

Mais concretamente e recorrendo ao Gráfico 17, quando os participantes têm de se deslocar de um ponto ao outro no CS - de forma autónoma - 15,3% dos inquiridos referem que “nunca” recebem indicações orais precisas da parte dos profissionais e 18,5% mencionam que isso “raramente acontece”. Uma parcela de 23,4% dos participantes refere que acontece “às vezes”. São apenas 12,9% dos inquiridos que referem receber “sempre” orientações claras e 13,7% “quase sempre”.

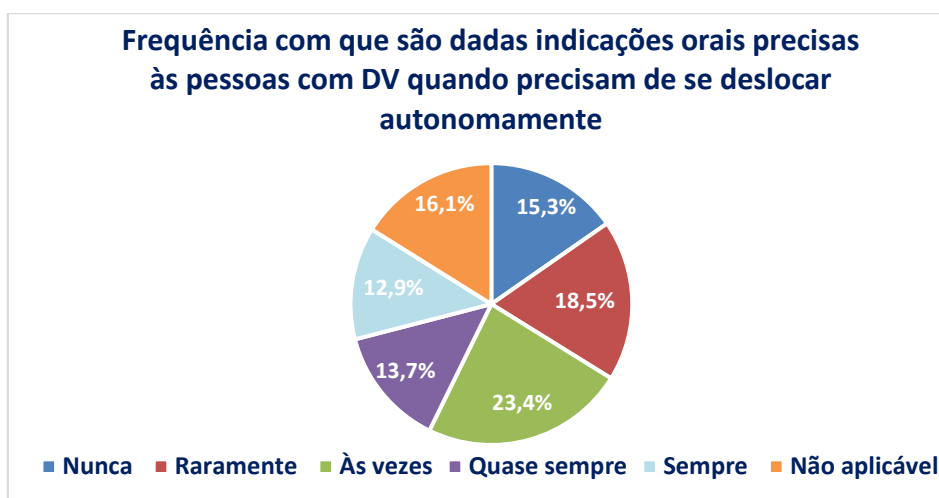


Gráfico 17 - Resultados referentes à frequência com que são dadas indicações orais precisas às pessoas com DV quando precisam de se deslocar autonomamente. N=124

Constata-se que os profissionais ao guiarem uma pessoa com DV numa deslocação, de um modo digno e, em simultâneo, usarem uma linguagem clara, objetiva e esclarecedora (aquando da descrição do espaço físico e dos percursos que aquela terá que fazer autonomamente), estão a facilitar a comunicação com a pessoa com DV deixando-a segura e orientada (Iezzoni e O’Day, 2006; Sibley, 2009; Thurston e Thurston, 2010).

12. OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Considerando-se importante conhecer exemplos de boas práticas de comunicação dos centros de saúde, os participantes foram convidados a partilhar iniciativas positivas que já existissem nos seus centros de saúde, tal como sugestões que promovessem a melhoria da acessibilidade e comunicação dos centros de saúde que frequentam.

12.1. Iniciativas dos centros de saúde que facilitam a comunicação com as pessoas com deficiência visual

No que se refere a iniciativas dos centros de saúde, foram apontadas pelos participantes duas grandes vertentes que dizem respeito a ações relacionadas com: **a) a organização dos serviços;** e **b) a otimização da comunicação.**

a) Organização dos serviços

Ao nível das iniciativas relacionadas com a organização dos serviços, destaca-se o **apoio de recursos humanos**, nomeadamente no que se refere: à deslocação, que pode passar pela disponibilização de um “auxiliar para acompanhamento” (P112); à chamada do utente pelo funcionário na medida em que “a iniciativa de chamarem os utentes é melhor do que aparecerem os números das senhas em ecrãs”; assim como o atendimento afável por parte dos funcionários, destacando-se palavras como “simpatia e educação”(P161), “ótima atenção” (P154) e “funcionários [...] prestáveis” (P216). De facto, existir uma pessoa disponível para apoiar o utente com DV na deslocação em ambientes desconhecidos é muito importante para um atendimento

mais individualizado e eficaz (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012; O’Day, Killeen e lezzoni, 2004)

Os **recursos materiais** do CS são também referidos como iniciativas importantes para a organização dos serviços, nomeadamente, a utilização de máquina de senha com “um leitor de ecrã em voz alta e bem perceptível” (P144) e ainda a possibilidade de adaptar a referida máquina com legendas em Braille, aspeto mencionado por um participante que viu a sua iniciativa respeitada, tendo sido o próprio a adaptar o equipamento. Estas sugestões vão ao encontro do referido por Cupples, Hart, Johnston e Jackson (2012) quando focam a importância de as organizações estarem dotadas de sistemas eletrónicos de chamada dos utentes com sinalização visual e áudio.

Outro ponto que se destaca, é o **cumprimento da legislação**, especificamente, o respeito pelo “atendimento prioritário e personalizado” (P152) tal como preconiza o Decreto-Lei n.º 58/2016 que institui a obrigatoriedade de atendimento prioritário às pessoas com deficiência em todas as entidades públicas e privadas que prestem atendimento presencial ao público.

b) Otimização da comunicação

Na vertente da otimização da comunicação, ressalva-se a **prestação de informação por e-mail**, como por exemplo, a “divulgação das consultas e medicação” (P182) e **por telefone**, havendo a possibilidade de “conversar com a médica de família” (P145) por essa via. Confirma-se que a procura de soluções de comunicação mais flexíveis é muito importante para a otimização da comunicação (lezzoni e O’Day, 2006).

Outra prática de destaque revela-se ao nível do **atendimento e da interação** concreta entre pessoas com DV e profissionais, onde se sublinha a importância da “boa capacidade oral dos funcionários do CS” (P173) e a prática de um diálogo onde predominam “orientações orais precisas” (P149), que dão espaço para “descrever o que estão a fazer” (P170). A literatura (exemplo, lezzoni e O’Day, 2006) reforça que estas características são imprescindíveis para uma comunicação eficaz.

12.2. Sugestões de melhoria

As sugestões de melhoria da acessibilidade/ comunicação nos centros de saúde, propostas pelos participantes, dividem-se em quatro categorias: **a) Ações dirigidas aos profissionais; b) Acessibilidade arquitetónica; c) Otimização dos serviços; d) Otimização da comunicação.**

a) Ações dirigidas aos profissionais

No que se refere a ações dirigidas aos profissionais, os inquiridos apontam para a necessidade de se contemplar a **formação** e a **sensibilização**. Foram sugeridas três áreas concretas de ações de formação: generalizada, ao nível do atendimento e interação e ao nível das técnicas de guia e orientação.

Na formação generalizada sugere-se maior conhecimento de causa dos profissionais sobre a DV para poder ser prestado “mais apoio aos utentes com deficiência visual” (P101) e “estarem mais despertos para esta realidade” (P183)”.

No que toca à formação ao nível do atendimento e interação destacam-se sugestões que permitam uma “melhor interação com a pessoa cega” (P141) e melhor “atendimento e o modo como se comunica com os utentes com deficiência visual.” (P210), promovendo a “autonomia e autodeterminação da pessoa cega [...] no que diz respeito à sua saúde e decisões associadas” (P155).

Ao nível da formação em técnicas de guia e orientação ressalva-se a necessidade dos profissionais receberem “informação [...] sobre técnicas de guia” (P185) de modo a “guiarem corretamente” (P138) as pessoas com deficiência visual, bem como, “saberem dar indicações a pessoas com cegueira” (P138) quando se deslocam no interior do CS. A este respeito, destaca-se a resposta do P144:

A minha sugestão é válida para todos os centros de saúde e hospitais, é: Que na recepção, após o atendimento, nos seja indicado verbalmente, o trajecto até ao gabinete do médico ou enfermeiro, (Ex: corredor à direita, segunda [*sic*] porta à esquerda, ou terceira à direita), porque pode acontecer, não nos lembrarmos da porta exata, ou não ser no gabinete habitual.

No campo das ações de sensibilização destaca-se a necessidade de abordar, junto dos profissionais, temas que foquem a importância do atendimento, da comunicação e da acessibilidade e autonomia das pessoas com DV. Na impossibilidade de chegar a toda a comunidade profissional, é sugerida a produção de “um folheto e distribuir para todos os centros de saúde sobre a melhor forma de interagir com uma pessoa com deficiência visual” (P168).

A formação em comunicação deve começar por compreender a forma como a DV afeta o dia-a-dia e as expectativas das pessoas, daí ser determinante consciencializar e capacitar os profissionais de saúde sobre o que é a DV, como se expressa e o seu impacto ao nível da comunicação e interação com os outros (Nzegwu, 2005; Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010). São diversos os autores que recomendam a inclusão do tema da educação sobre a deficiência na formação dos profissionais de saúde que intervêm ao nível dos serviços preventivos (Iezzoni e O’Day, 2006; Organização Mundial de Saúde, 2018a, Paiva et al., 2017).

b) Acessibilidade arquitetónica

Atendendo à categoria da acessibilidade arquitetónica são apontadas várias sugestões que podem melhorar a **orientação e mobilidade** das pessoas com DV no acesso exterior e interior do edifício.

Para algumas pessoas o acesso ao CS é de difícil localização pelo facto de não dispor de elementos que permitam a sua sinalização e identificação, o que dificulta “encontrar a [...] entrada por falta de pontos de referência (P131). É também referido que deveria haver uma “descrição coerente dos transportes públicos envolventes e pontos de referência” (P162). Por outro lado, no interior do CS é sugerida a possibilidade de existir um piso tátil que permita a deslocação dos utentes com DV, de modo a “perceber o sentido de marcha e mudanças de direção” (P217) , um piso “diferente da sala de espera para os gabinetes” (P160) , “uma planta tátil [do CS] para os utentes” (P217) e sinalética acessível. A criação de um ambiente acolhedor, fácil de circular, ausente de obstáculos e com sinalética clara, facilita a orientação e mobilidade das pessoas com DV. Este aspeto é mencionado por vários autores (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012; Paiva et al., 2017) e reforçado pela CDPD (Ministério Público

de Portugal, 2009, p.6, aprovado pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, 2009) onde se lê no seu artigo 9.º “[...] d) Providenciar, em edifícios e outras instalações abertas ao público, sinalética em braille e em formatos de fácil leitura e compreensão”.

c) Otimização dos serviços

A otimização dos serviços passa pela necessidade do apoio de recursos humanos na deslocação dos utentes, ou seja, existir “um funcionário disponível para acompanhar as pessoas” (P200) podendo, desta forma, dar espaço para um atendimento mais personalizado. Por outro lado, o P162 destaca que as linhas telefónicas “não [devem compreender] a utilização de atendimento automático nos telefones dos centros de saúde, excepto se para além dos tons DTMF existir o reconhecimento de voz”. Nem todos os equipamentos, por vezes mais obsoletos, permitem ativar a opção pretendida pela seleção de um número do teclado (por exemplo, quando se pretende encaminhar a chamada para um determinado serviço) a não ser que exista a opção de escolha por voz). Por fim, a este nível, é sugerida a utilização de um registo administrativo com sistema de alerta informático que permita a identificação de pessoa com DV, sendo o objetivo facilitar o seu atendimento e encaminhamento. Através deste registo qualquer administrativo ou profissional de saúde terá acesso às necessidades daquele utente, como por exemplo, a forma como acede à informação entre outro tipo de apoios que possa necessitar. Reconhecendo que a pessoa tem DV poderá ser mais fácil dar resposta a eventuais apoios específicos (Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010).

d) Otimização da comunicação

Iniciativa e proatividade dos serviços

A este respeito alguns participantes consideram que os serviços devem apresentar mais iniciativa e proatividade na divulgação de informação que beneficie as pessoas com DV, como por exemplo, na “divulgação do atestado de incapacidade multiuso” (P162). É, também, apontada a necessidade de uma maior duração do tempo das consultas para o utente poder anotar informações importantes e tal como Cupples, Hart, Johnston e Jackson, (2012) referem, para que haja um melhor entendimento da informação. A possibilidade de “fornecerem informações em telefonemas” (P177) e

por e-mail pode melhorar a comunicação dos serviços, nomeadamente a divulgação de informações extraordinárias de uma forma mais ágil (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012; O’Day, Killeen e Iezzoni, 2004).

Informação acessível

É sugerido que documentos com informação generalizada, como por exemplo, brochuras, folhetos, *newsletters*, informações suplementares, muitas vezes facultados aos utentes em geral, sejam fornecidos em formatos acessíveis. Alguns participantes sugerem o envio de informação em Braille, pois gostariam de “poder ter acesso a correspondência do [seu] CS em Braille” (P208), bem como “exames, análises e receitas em Braille” (P170). Outros sugerem a apresentação da informação em texto ampliado, por exemplo, as “informações que estão afixadas nas paredes” (P119).

O envio de informação por via digital e SMS é sugerida por vários participantes como meio para encaminhar dados sobre a “prescrição e toma de medicamentos” (P169), o acesso a “guias terapêuticas e marcações de consultas e exames” (P167) e o “agendamento de consultas/tratamentos” (P123). Tal como a literatura menciona (exemplo, Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012; O’Day, Killeen e Iezzoni, 2004) é importante providenciar - previamente - alternativas ao material *standard* escrito, incluindo, Braille, letras ampliadas, gravações áudio e formatos digitais contribuindo, desta forma, para a otimização da comunicação. A CDPD (Ministério Público de Portugal, 2009, p.6, aprovado pela Resolução da Assembleia da República n. º56/2009, 2009) elenca, no seu artigo sobre a acessibilidade, a necessidade de se “promover outras formas apropriadas de assistência e apoio a pessoas com deficiências para garantir o seu acesso à informação”. É consensual que na era da informação, o acesso às informações de saúde pela internet pode ser especialmente importante para superar as dificuldades em aceder a informações impressas (Iezzoni e O’Day, 2006).

Chamada para atendimento

A utilização de diferentes meios para efetuar a chamada oral dos utentes para o atendimento são sugestões destacadas por alguns participantes, como por exemplo, a utilização de “painéis eletrónicos com sistema de voz [...] [e] volume audível” (P188), o “monitor que assinala o número da senha e o balcão de atendimento [...] ter caracteres

ampliados e [...] voz” (P211), bem como contrastes cromáticos. O P144 refere também que a máquina das senhas de atendimento deve apresentar a opção de atendimento prioritário. Providenciando estes sistemas eletrônicos de chamada dos utentes com sinalização visual e áudio elimina-se uma barreira muitas vezes identificada por pessoas com DV (Cupples, Hart, Johnston e Jackson, 2012).

Privacidade

Um participante mencionou que seria importante ser disponibilizado um espaço adequado para o preenchimento de formulários que impliquem a partilha oral de informações confidenciais. Ainda a este nível, outra pessoa referiu que os profissionais “habitualmente falam demasiado alto sobre qualquer tema, incluindo questões privadas dos utentes” (P145), o que pode sublinhar a necessidade de formação ou capacitação dos profissionais sobre o impacto da DV na comunicação, tal como sugerido na literatura (exemplo, Nzegwu, 2005; Sibley, 2009; Thurston e Thuston, 2010).

Acessibilidade digital

As sugestões ao nível da acessibilidade digital focam-se na necessidade dos *websites* respeitarem as “boas práticas de acessibilidade nas comunicações em suporte digital ao abrigo das WCAG 2.1.” (P162) permitindo, desta forma, a “divulgação de informação em formato acessível” (P162) e a “disponibilização de portais acessíveis onde a informação chegue a todos” (P157). De acordo com Sibley (2009) a melhoria da comunicação dos serviços implica que as entidades gestoras dos cuidados de saúde implementem mudanças organizacionais que reforcem a importância dos seus canais de comunicação, tais como sites, aplicações ou redes sociais, os quais devem ser construídos com base nas diretrizes de acessibilidade para conteúdo *Web* tornando o seu conteúdo mais acessível às pessoas com DV (Sibley, 2009).

CONCLUSÕES

Com o intuito de compreender como o CS responde às necessidades de comunicação das pessoas com DV, o presente estudo focou-se na análise da percepção destas pessoas, enquanto utentes, no acesso aos cuidados de saúde primários. A DV não pode constituir, em si mesma, uma barreira no acesso à saúde, contudo, os resultados da investigação mostram que as pessoas com DV percecionam alguns desafios nesta área.

De forma a responder à questão de investigação e objetivo geral, foram traçados objetivos específicos que ajudaram a compreender o fenómeno da comunicação e da interação das pessoas com DV no contexto dos cuidados de saúde primários. De seguida, apresentam-se os resultados sintetizados por cada objetivo específico:

- **Identificar necessidades ao nível da comunicação que as pessoas com DV possam sentir nos Centros de Saúde**

Cada pessoa apresenta diferentes necessidades para aceder à informação escrita, contudo, a maioria dos participantes refere nunca ter sido questionado pelos serviços sobre esta preferência. De acordo com os resultados do estudo, o formato digital é um dos métodos preferenciais de leitura das pessoas com DV (essencialmente por via do leitor de ecrã), o que pode ser uma mais-valia para as organizações, na medida em que este formato agiliza a comunicação e permite reduzir os custos comparativamente com outras possibilidades de disponibilização da informação (por exemplo, Braille). Por outro lado, acompanha as tendências da era digital, em que cada vez mais se prioriza as tecnologias da informação e comunicação, sendo que as pessoas com DV familiarizadas com a web, ficam em vantagem face às que não apresentam este conhecimento.

Os inquiridos sentem que, pelo facto de não terem acesso a informação acessível, têm de depender de terceiros para lhes lerem informações relacionadas com a sua saúde o que põe em causa a sua autonomia e também sua privacidade. Por outro lado, uma percentagem significativa dos inquiridos

refere, nos casos em que necessitam de partilhar informações oralmente num espaço onde privam mais pessoas (que de outra forma seriam passadas por escrito), não existe atenção dos serviços em assegurar medidas que acautelem a sua privacidade e promovam a confidencialidade dos seus dados pessoais.

Os participantes consideram que os profissionais deveriam ser sensibilizados para a influência que a DV pode representar na comunicação que decorre no atendimento e no acompanhamento, nomeadamente no relacionamento interpessoal e no modo de guiar e orientar uma pessoa com DV dentro do CS. A adoção, em simultâneo, de um discurso claro e objetivo, acompanhado de atitude afável são posturas muito bem acolhidas pelas pessoas com DV. Compreendendo que estas dimensões comunicacionais podem ficar comprometidas pela barreira da deficiência visual, é mais fácil empreender ajustes que contribuem para a autonomia das pessoas com DV no acesso às informações que lhe dizem respeito e à sua mobilidade. É sugerida a eventualidade dos profissionais receberem material informativo com os propósitos referidos anteriormente.

- **Analisar em que medida os suportes de informação disponibilizados nos Centros de Saúde respondem às necessidades da pessoa com DV**

Apesar de alguns participantes revelarem ter acesso a alguma documentação em suportes acessíveis nos centros de saúde (essencialmente a prescrição de medicamentos), a maioria refere que não recebe informação acessível. Este facto acarreta, para uma parte dos inquiridos, algumas consequências negativas. Estas consequências relacionam-se com a perda de informações importantes (por exemplo, horários da toma de medicação, marcações de consultas); com a perda de privacidade e autonomia e a dependência de terceiros visto recorrerem ao seu apoio para a consulta de informações relacionadas com a saúde. Destaca-se também o dispêndio extra de energia porque precisam de pensar com mais antecedência ou ligar para os serviços para relembrar informações. Evidencia-se que, dependendo das preferências individuais, é importante serem fornecidas informações em formatos

alternativos de modo a responder às especificidades de leitura das pessoas com DV. Importa destacar que, por outro lado, a maioria dos participantes não apresenta a iniciativa de solicitar informação acessível, por diversos motivos: desconhecem direitos a esse nível, nunca lhes ocorreu que o pudessem fazer, não sentem necessidade, creem que o CS não os apoiaria nesse aspeto, pedem apoio a terceiros para aceder à informação, memorizam a informação prestada e/ou acedem a tecnologia, em casa, para a consultar.

Os participantes referiram que os serviços devem promover a disponibilização de informação em formatos alternativos, por exemplo, em Braille, e-mail, SMS, texto ampliado, telefone (para informações mais simples), assim como o acesso a sites acessíveis. De uma forma geral, as pessoas com DV sentem necessidade de o atendimento ser mais flexível e personalizado, podendo deste modo ser equacionado, de forma organizada e atempada, práticas e métodos que respondam às suas necessidades.

- **Descrever a perceção dos utentes com DV relativamente à comunicação e interação com os profissionais de saúde.**

Para além das questões de acessibilidade ao nível da comunicação focadas anteriormente, de uma forma geral, uma parte significativa dos participantes não se desloca sozinha ao CS, fazendo-se acompanhar por necessidade de transporte e de orientação. Estas circunstâncias poderão estar relacionadas, de acordo com as sugestões evidenciadas, com a necessidade de existir pontos de referência que facilitem a localização exterior do edifício, piso tátil e sinalética que facilite a deslocação autónoma dentro do CS. Outra dimensão destacada e relevante para a mobilidade refere-se à importância de se utilizarem diferentes meios (sonoro, contraste cromático) no dispositivo de chamada dos utentes e também na disponibilização de apoio, por parte dos recursos humanos, para a deslocação e orientação interna no CS. Apesar da origem destas dificuldades ser, maioritariamente, de âmbito arquitetónico, é considerável o peso que implicam em termos de comunicação, pois comprometem significativamente a autonomia e participação das pessoas com DV.

Ao nível da interação com os profissionais a maior parte dos participantes considera muito importante que lhes descrevam previamente o que vão fazer, evitando-se o receio do desconhecido, tal como identifiquem as pessoas presentes na sala, de forma a sentirem-se mais confortáveis e confiantes. Igualmente muito importante, para a maioria dos participantes, é poderem tirar notas das informações transmitidas no decorrer das consultas e serem abordados diretamente pelos profissionais. Verificou-se que ainda existe uma pequena percentagem de profissionais que fala diretamente para o acompanhante, o que pode comprometer a iniciativa do utente em expressar as suas necessidades. No geral, os participantes sentem-se bem guiados, mas há um pequeno grupo de pessoas não se sente bem guiado, bem como há registo de pessoas que nunca recebem indicações orais precisas quando necessitam de se deslocar de um ponto ao outro do CS sozinhas.

Para concluir, e respondendo à questão de investigação **“Em que medida o CS responde às necessidades de comunicação e de interação das pessoas com DV nos cuidados de saúde primários?”** de um modo geral, considera-se que existem indicadores que exigem uma reflexão e uma mudança sobre a forma como se comunica com as pessoas com DV, na resposta aos cuidados de saúde primários. Esta reflexão implica o envolvimento dos profissionais, das pessoas com DV e das organizações, sendo a capacitação e a sensibilização destes três grupos, em áreas diversas, instrumentos imprescindíveis para uma mudança de paradigma.

De acordo com as sugestões fornecidas pelos participantes, seria relevante promover ações de formação e de sensibilização junto dos profissionais. Estas ações teriam como objetivos explorar conceitos relacionados com o entendimento da própria DV (como se expressa e de que forma pode interferir na relação com os outros), compreender as diferentes necessidades das pessoas com DV no acesso à informação escrita e também, compreender de que modo o seu desempenho autónomo, a sua privacidade e auto gestão das informações relacionadas com a sua saúde, podem ficar comprometidos quando não são garantidas condições de acessibilidade. Igualmente importante são as dimensões mais relacionais que se evidenciam na interação face a face no decorrer do atendimento e no acompanhamento, isto é, durante os atos

clínicos, administrativos e no apoio à deslocação, tendo como base uma comunicação verbal clara e objetiva.

Por outro lado, para além do que refere a bibliografia, foi evidente pelas respostas dos inquiridos, que se mostra relevante consciencializar as pessoas com DV para o desempenho de um papel mais ativo na defesa dos seus direitos. Esta medida sublinha a necessidade de existir mais esclarecimentos e mais acesso à legislação por parte das pessoas com DV. Quanto mais informadas estiverem, mais capazes serão de tomar decisões. Espera-se, desta forma, mais proatividade na solicitação dos seus direitos, bem como na capacidade de mostrarem diretamente aos outros o que é desejável na relação e na comunicação com uma pessoa com DV, como por exemplo, mostrar como gostam de ser guiadas e as barreiras físicas que podem ser eliminadas.

As organizações são fundamentais para o sucesso da comunicação dos seus serviços, ou seja, os profissionais que estão em contacto direto com as pessoas com DV não podem garantir um atendimento de qualidade, se não existir uma cultura organizacional, conhecida por todos os colaboradores, que facilite a disponibilização de informação, procedimentos e recursos materiais que respondam à diversidade de necessidades das pessoas com DV. Foi, inclusive, referido pelos participantes a necessidade de existir um procedimento administrativo que agilizasse o registo e consequentes alertas que indicassem a necessidade de se providenciar uma resposta adequada às necessidades concretas da pessoa. Esta dinâmica depreende que os suportes alternativos não sejam vistos como um pedido especial/diferente de uma pessoa em concreto, mas antes como mais uma oferta dos serviços, desmistificando eventuais preconceitos. Deste modo, é possível concretizar apoios mais personalizados em termos de preferências de leitura, entre outros aspetos relevantes na comunicação. Em simultâneo, pode ser vantajoso colaborar com instituições da comunidade, especializadas nestas áreas, para eventual suporte de materiais e apoio na sensibilização dos funcionários para um atendimento mais inclusivo e, eventualmente, poderiam ser criadas linhas telefónicas (geridas por uma entidade de saúde pública) que fornecessem mensagens gravadas contendo informações gerais sobre problemas de saúde ou condições.

Paralelamente, é muito importante que as organizações criem espaços físicos mais acessíveis, sempre que possível envolvendo as próprias pessoas com DV como *testers* nos seus planos de acessibilidade. É igualmente crucial as instituições terem em consideração a acessibilidade *Web* dos seus sites, recurso imprescindível nos dias de hoje para veicular informação acessível junto das pessoas com DV.

O acesso à informação acessível é determinante para que qualquer pessoa possa intervir, de forma informada, nas decisões sobre a sua saúde e exigir o cumprimento de direitos e deveres. Portanto, a participação informada, ou seja, com conhecimento de causa, melhora a relação do utente com DV com o profissional e contribui para a melhoria da comunicação dos próprios serviços. Todavia, esta participação informada não pode ser feita na base de uma comunicação unilateral. A sensibilização e formação dos profissionais de saúde, que foque boas práticas ao nível das competências interpessoais no atendimento e acompanhamento às pessoas com DV é determinante para a promoção da sua autonomia. Neste sentido, a definição de um manual de boas práticas dirigido a profissionais e organizações pode ajudar à reflexão que se exige e orientar todos os intervenientes na promoção de uma comunicação eficaz junto das pessoas com DV no acesso aos cuidados de saúde.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma possível limitação deste estudo prende-se com as respostas às questões do questionário que referiam a opção “outro”. Em alguns casos, verificaram-se respostas na opção “outro” cujo conteúdo era equivalente ao selecionado anteriormente, ou seja, nas opções fechadas. Compreende-se que possa ter existido alguma dificuldade relacionada com a utilização do leitor de ecrã, podendo o participante ter corrido o risco de não se aperceber, em alguns casos, a que questão correspondia a opção “outro”.

Apesar de terem sido feitos vários contactos para diversas associações de pessoas com DV e, ainda assim, ter-se obtido um total de 124 participantes, o estudo ficaria enriquecido com a participação de mais pessoas. Com mais inquiridos, poderiam ter surgido outras questões ou assuntos interessantes e talvez aprofundar-se as

necessidades e as consequências que advêm da comunicação inacessível para as pessoas com DV e eventuais propostas de melhoria.

O facto deste inquérito ter sido preenchido online, à partida foi respondido por pessoas que estão habituadas a trabalhar com as novas tecnologias. Este facto poderá ter contribuído para o número significativo de pessoas que privilegia o método de leitura pelos meios digitais. Deste modo, será importante apostar em estudos futuros que permitam explorar as perceções das pessoas com DV que não utilizam as novas tecnologias para aceder à informação.

PROPOSTAS PARA TRABALHOS FUTUROS

Este estudo permitiu fazer um diagnóstico das necessidades das pessoas com DV no seu acesso aos cuidados de saúde primários. É imprescindível, numa fase posterior, estudar o ponto de vista dos profissionais (administrativos, médicos, enfermeiros e seguranças) sobre a forma como percecionam o seu atendimento e acompanhamento às pessoas com DV.

Em simultâneo, seria igualmente importante estudar a perspetiva do setor das organizações e compreender em que medida as suas políticas de gestão de recursos humanos e comunicacionais abrangem o atendimento ao público com DV, como por exemplo, se existem procedimentos, metodologias e instrumentos específicos bem como formação e sensibilização dos profissionais sobre este tema.

Secundariamente, de modo a aprofundar temas mais sensíveis e que exigissem uma reflexão mais pormenorizada, seria relevante realizar o inquérito por entrevista a profissionais e pessoas com DV e ainda analisar os materiais informativos disponibilizados ao público em geral.

Igualmente pertinente e considerando as características da tecnologia, que de dia para dia vai ficando mais acessível a todos, inclusive em termos de custos, é importante apostar em formações relacionadas com as tecnologias de apoio, de forma a promover a autonomia da pessoa com DV no acesso à informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal. (s.d.a). *Perguntas frequentes*. Recuperado em 04 de abril de <http://www.acapo.pt/deficiencia-visual/perguntas-frequentes>
- Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal. (s.d.b). *Recomendações técnicas ACAPO: Como criar serviços de atendimento mais acessíveis (volume 6)*. Recuperado em 04 de abril de <http://www.acapo.pt/deficiencia-visual/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-tecnicas/como-criar-servicos-de>
- Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal. (s.d.c). *Recomendações técnicas ACAPO: Como criar informações escritas mais acessíveis (volume 4)*. Recuperado em 04 de abril de <http://www.acapo.pt/deficiencia-visual/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-tecnicas/como-criar-informacoes-escritas>
- Almeida, J., & Pinto, J. (1995). *A investigação nas ciências sociais*. Lisboa: Editora Presença.
- Amiralian, M. (1997). *Compreendendo o Cego: Uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*. Edição: Casa do Psicólogo. Recuperado de <http://www.deficienciavisual.pt/txt-compreendendo-cego.htm>
- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benito, J. C., Veiga, P. D., & González, R. P. (Coordenadores). (2003). *Psicología Y Ceguera – Manual para la intervención psicológica em el ajuste a la deficiencia visual*. Organización Nacional de Ciegos Españoles: Madrid
- 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. *TheLancet 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. (2008). *Metodologia da Investigação: guia para autoaprendizagem* (2ª Ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

CENSOS. (2011). Recuperado em 05 abril, 2018 de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS

Corsi, M.,G.,F. (2001). *Visão subnormal: intervenção planejada*. São Paulo: M.G.F.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa – Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ª edição. Porto Alegre: ArteMed

Cuples, M., Hart, P., Johnston, A., & Jackson, A. (2012, janeiro). Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness. *BMJ Clinical Research Edition*, 344 (7842), 1-5.

Decreto Lei n.º 48/90. (1990). *Aprova a Lei de Bases da Saúde*. *Diário da República I Série. Nº 195 (24-8-1990), 3452-3459*.

Decreto Lei n.º 73/17. (2017). *Altera o Regime jurídico das unidades de saúde familiar*. *Diário da República I Série. Nº 118 (21-06-2017), 3128-32140*

Decreto Lei nº 58/2016. *Institui a obrigatoriedade do atendimento prioritário*. *Diário da República I Série. N.º 165 (29-08-2016), 3014-3016*.

European Blind Union (2018). *European Accessibility Act - Position Paper and Analysis for Trilogue Negotiations 2015/0278 (COD)*. França: EBU.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Freeman, K., Cole, R., Faye, E., Freeman, P., Goodrich, G. & Stelmack, J. (2007). *Optometric clinical practice guideline care of the patient with visual impairment (Low vision rehabilitation) - Reference Guide for Clinicians*. USA: American Optometric Association

Guerreiro, A. D. (2000). *Para uma nova comunicação dos sentidos*. Lisboa: Secretariado Nacional Para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

ICD-11 (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision*. WHO. Retirado de <https://icd.who.int/en>

lezzoni, L., & O'Day, B. (2006). *More Than Ramps: A Guide to Improving Health Care Quality and Access for People with Disabilities*. Oxford: Oxford University Press

Instituto Nacional para a Reabilitação. (2018). *Relatório Anual – 2018 sobre a prática de atos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde*.

Retirado de

http://www.inr.pt/documents/11309/183846/2018_Relat%C3%B3rio+n%C3%A3o+dis+crimina%C3%A7%C3%A3o/82ac8576-789f-4ae1-9437-2ee89c9fdacb

Internacional Council of Ophthalmology (2002). *Visual Standards – Aspects and ranges of vision loss with emphasis on population surveys*. Retirado de <http://www.icoph.org/downloads/visualstandardsreport.pdf>

Kleynhans, S. A. & Fourie, I. (2014). Ensuring accessibility of electronic information resources for visually impaired people: The need to clarify concepts such as visually impaired. *Library Hi Tech*, vol.32 (2), 368-379.

Ladeira, F., & Queirós, S. (2002). *Compreender a baixa visão*. Lisboa: Ministério da Educação/ Departamento da Educação Básica.

Leonhardt, M. (1992). *Bebé ciego: Primera atención - Un enfoque Psicopedagógico*. Barcelona: Once/Masson

McColl, M. A., & Shortt, S. (2006). Another way to look at high service utilization: The contribution of disability. *Journal of Health Services Research and Policy* 11, 2,74–80.

Medeiros, T., Costa, K., Costa, T., Martins, K., & Dantas, T. (2017). Acessibilidade de pessoas com deficiência visual nos serviços de saúde. *Revista enfermagem UERJ*, 25(e11424), p. 1-5.

Ministério Público de Portugal (2009). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (texto em português)*. Procuradoria-Geral da República, Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Retirado de <http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>

Ministério da Saúde. (2011). *Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizados. Reforma dos cuidados de saúde primários*. Coordenação estratégica. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>

Mitra, S. (2006). The Capability Approach and Disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(4), 246-247.

Nzegwu, F. (2005). The experience of blind and partially sighted users of the NHS: Making the delivery of care more inclusive and effective. *International Congress Series*, 1282, 230-234.

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>

Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Basingstoke: Macmillan.

Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora mais do que nunca*. Retirado de https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1

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/>

Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., Azevedo, A. (2017, dezembro). Prevalência de Literacia em Saúde Inadequada em Portugal Medida com o Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12):861-869

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

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.

Regulamento (UE) 2016/ 679 (2016). *Proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. Jornal Oficial da União Europeia.

Resolução da Assembleia da República nº56/2009. (2009). *Convenção sobre os direitos das pessoas com Deficiência*. Diário da República 1.ª série. N.º 146 (09-07-30), 4906-4929.

Robert, A. & Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.

Rosa, A. & Ochaíta, E. (1993). *Psicología de la Ceguera*, 2. Madrid: Alianza Editorial.

Sá, E. D. de, Campos, I. M. de, & Silva, M. B. C. (2007). *Atendimento Educacional Especializado - Deficiência Visual*. Brasília.

Sanmartin, C., Pierre, F. e Tremblay, S. (2006). Waiting for care in Canada: Findings from the Health Services Access Survey. *Healthcare Policy* 2, 2, 43–51.

Sasaki, R. (2009, Março-Abril). Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. *Revista Nacional de Reabilitação (Reação)*, Ano XII, p. 10-16.

Scadden, L. A. (2000). Technology and society. In B. Silverstone, M. A. Lang, B. P. Rosenthal, & E. E. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation*, 49 (pp. 907 – 919). New York: Oxford University Press.

Recuperado de

https://books.google.pt/books?id=QCiyzVJYfQoC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Sibley, E. (2009). *Towards an inclusive health service: a report into the availability of health information for blind and partially sighted people*. London: RNIB. Recuperado de

Thurston, M., & Thuston, A. (2010). *Accessibility of health information for blind and partially sighted people*. Edinburgh: RNIB Scotland

Tuttle, D. & Tuttle, N. (2006). *Self-Esteem and Adjusting with Blindness: The process of responding to life's demands, (Third Edition)*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, Ltd.

ANEXOS

ANEXO 1 – PEDIDO DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO

Associação XYZ

Rua.... xxxx-xxx

localidade

Leiria, XXX de março, de 2019

Assunto: Pedido de divulgação do estudo: “Perceção das pessoas com deficiência visual (DV) relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde primários”

Exmo. Sr. Presidente Direção Nacional

O meu nome é Rita Pereira e sou estudante do Mestrado em Comunicação Acessível, no Instituto Politécnico de Leiria.

Atualmente encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo geral compreender a perceção das pessoas com DV relativamente à acessibilidade comunicacional e de interação com os profissionais da saúde no contexto dos cuidados de saúde primários (que decorrem nos Centros de Saúde). Em termos de objetivos específicos, este estudo ambiciona:

- Identificar necessidades ao nível da comunicação e interação que as pessoas com DV possam sentir nos Centros de Saúde;
- Analisar em que medida os suportes de informação disponibilizados nos Centros de Saúde respondem às necessidades da pessoa com DV;
- Descrever a perceção dos utentes com DV relativamente à comunicação e interação direta com os profissionais de saúde.

Para efeitos da corrente investigação pretende-se aplicar um inquérito por questionário a pessoas com DV, de forma a que consigamos obter dados que nos permitam responder aos objetivos traçados. Este instrumento não contempla questões que permitam a identificação dos respondentes, de forma a garantir o anonimato dos participantes. Os dados obtidos serão utilizados com fins meramente científicos, sendo

destruídos após a finalização do estudo, garantindo, desta forma, a confidencialidade dos mesmos. A participação no estudo é voluntária, pelo que o potencial participante poderá optar livremente por responder ou não ao questionário.

Neste sentido, venho solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição na disseminação do inquérito por questionário junto dos vossos associados. Para esse efeito, envia-se o link que permite o acesso ao questionário, a ser preenchido por via virtual: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3-2McwLgKkpHNIZBVQeRQbpAA0ZPzM_cyP9nH9mzEWctzgQ/viewform?vc=0&c=0&w=1&fbzx=-5412151171964331407

Agradecendo desde já a atenção de vossa excelência, subscrevo os meus contactos, aguardando por uma resposta.

Cordialmente. Rita Pereira

E-mail: ritap.mca@gmail.com

ANEXO 2 – INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Inquérito por questionário

O meu nome é Rita Pereira, trabalho na Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO) há aproximadamente 15 anos onde exerço funções na área da reabilitação de pessoas com deficiência visual.

Atualmente encontro-me a fazer a dissertação do Mestrado em Comunicação Acessível no Instituto Politécnico de Leiria. A minha investigação tem como objetivo compreender a perceção das pessoas com deficiência visual relativamente à acessibilidade comunicacional e de interação com os profissionais da saúde no contexto dos cuidados de saúde primários (que decorrem nos Centros de Saúde).

Visto este questionário permitir-me conhecer melhor a sua opinião, peço-lhe o favor de responder com sinceridade, pois não há respostas corretas ou incorretas sendo que os resultados deste estudo dependem da sua, importantíssima, participação.

Para garantir o seu anonimato, não são solicitados dados que permitam a sua identificação. Os dados obtidos serão utilizados com fins meramente científicos, sendo destruídos após a finalização do estudo, garantindo, desta forma, a confidencialidade dos mesmos. A participação no estudo é voluntária, pelo que poderá optar livremente por responder ou não ao presente questionário.

Caso queira participar na investigação, por favor seleccione as opções que abaixo se apresentam garantindo os critérios de participação no estudo.

Para mais informações por favor contacte-me através do e-mail: ritap.mca@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração

Rita Pereira

*Obrigatório

Inquérito por questionário

Crítérios de participação no estudo (Marcar tudo o que for aplicável).

Declaro que tenho idade igual ou superior a 18 anos;

Declaro que resido em Portugal;

Declaro que tenho deficiência visual;

Declaro que frequento ou frequentei os serviços de um CS nos últimos 5 anos;

Declaro que consinto participar no estudo em causa manifestando o meu interesse voluntário e anónimo, reconhecendo que a utilização confidencial dos dados obtidos será, apenas, para fins científicos.

1. Sobre si

1.1. Indique a sua Idade (campo numérico) *

1.2. Género * (Marcar apenas uma oval).

Masculino

Feminino

1.3. Escolaridade *(Marcar apenas uma oval).

Ensino básico (4º ano, 6º ano ou 9º ano)

Ensino secundário (12º ano)

Ensino superior (Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento)

1.4. Refira a sua deficiência visual *(Marcar apenas uma oval).

Cegueira

Baixa visão

1.5. Em que localidade se situa o CS que frequenta (designar a localidade)

1.6. Como vai ao CS? Marcar tudo o que for aplicável.

Vou sozinho/a

Faço-me acompanhar devido à necessidade de transporte;

Faço-me acompanhar devido à necessidade de orientação no CS;

Faço-me acompanhar para que tirem notas das informações prestadas;

Faço-me acompanhar para não me sentir sozinho/a

Outra

1.6.1. Se respondeu Outra, refira qual

2. Acesso à informação escrita

2.1. Qual é o seu método de leitura preferencial? Marcar apenas uma oval.

Braille em papel;

Braille digital;

Letras ampliadas em papel;

Letras ampliadas num suporte digital (telemóvel, tablet, computador, ampliador portátil, etc.);

Leitor de ecrã (telemóvel, tablet, computador, leitor autónomo, etc.);

Outro

2.1.1. Se indicou outro, ou se tem mais do que um método preferencial refira qual:

2.2. No CS alguma vez lhe perguntaram em que formato prefere receber a informação escrita? Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

Não sei/ Não me lembro

2.3 O seu CS costuma fornecer-lhe informação num suporte que lhe seja acessível? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

2.3.1. Se respondeu sim, por favor refira se é algum dos seguintes documentos:

Marcar tudo o que for aplicável.

A prescrição de medicamentos

O agendamento das consultas

Informação genérica sobre prevenção/recomendações sobre doenças

Nenhum dos referidos

Outro

2.3.1.1 Se indicou outro, refira qual

2.3.2 No caso do CS facultar informação num suporte acessível, refira qual:

Marcar tudo o que for aplicável.

Documentos impressos em Braille

Documentos num suporte digital (pen, email, *web*, etc.)

Documentos com letras ampliadas em papel;

Outro

2.3.2.1. Se indicou outro, refira qual

2.4. Já pediu para receber alguma informação num suporte acessível? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

Não sei/ Não me lembro

2.4.1. Se respondeu não, por favor explique o motivo

2.4.2. Se respondeu sim, por favor refira se a informação acessível lhe foi disponibilizada

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

2.5. Já sentiu que a falta de documentação acessível do CS o afetasse de alguma forma?

(exemplos: perda de consulta, dificuldade na toma de medicação prescrita) *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

Não sei/Não me lembro

2.5.1. Caso tenha respondido sim, pode referir em que medida se sentiu afetado?

2.6. Alguma vez sentiu que a sua privacidade é posta em causa pelo facto de outras pessoas

lhe lerem informações relacionadas com a sua saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

NA - Não aplicável

2.7. Alguma vez sentiu que a sua autonomia é posta em causa pelo facto de outras pessoas

lhe lerem informações relacionadas com a sua saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não aplicável

2.8. Quando tem de responder em voz alta a formulários, num espaço partilhado por mais pessoas, são-lhe garantidas medidas que promovam a sua privacidade? * Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não aplicável

3. Interação com os profissionais

3.1. Os profissionais de saúde descrevem-lhe previamente o que vão fazer? (explicam-lhe que vão mudar um penso, que o vão auscultar, que vão retirar sangue, etc.) * Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não aplicável

3.2. Qual é a importância que dá à descrição prévia dos procedimentos por parte dos profissionais? * Marcar apenas uma oval.

Nada importante

Pouco importante

Nem importante, nem pouco importante

Importante

Muito importante

3.3. Os profissionais de saúde avisam-no quem são as pessoas presentes na sala? (exemplo, no gabinete médico, do enfermeiro, etc). *

Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente
Às vezes
Quase sempre
Sempre
Não aplicável

3.4. Qual é a importância que dá ao facto dos profissionais de saúde o avisarem quem são as pessoas presentes na sala? * Marcar apenas uma oval.

Nada importante
Pouco importante
Nem importante, nem pouco importante
Importante
Muito importante

3.5. Os profissionais de saúde permitem-lhe registar notas relacionadas com consulta/tratamento para que possa consultar posteriormente? *Marcar apenas uma oval.

Nunca
Raramente
Às vezes
Quase sempre
Sempre
Não aplicável

3.6. Qual é a importância que dá à necessidade dos profissionais de saúde lhe permitirem registar notas relacionadas com consulta/tratamento para que as possa consultar posteriormente? *Marcar apenas uma oval.

Nada importante
Pouco importante
Nem importante, nem pouco importante
Importante
Muito importante
Não aplicável

3.7. Quando acompanhado, sente que os profissionais o abordam diretamente ou tendem a falar com quem está consigo? * Marcar apenas uma oval.

Sim, sinto que falam comigo

Normalmente sinto que falam para o acompanhante

Sinto que falam para ambos.

Nunca me apercebi

3.8. Quando precisa de se deslocar sozinho no CS, os profissionais perguntam-lhe se precisa de ajuda? *Marcar apenas uma oval.

Não perguntam

Às vezes perguntam

Sim perguntam

Não aplicável

3.9. Quando é apoiado pelos profissionais, sente que é bem guiado? Marcar apenas uma oval.

Não me sinto bem guiado

Sinto-me bem guiado

Não sei

Não aplicável

3.10. Quando tem que ir de um ponto ao outro no CS (exemplo, da receção ao gabinete médico), são-lhe dadas indicações orais precisas que lhe permitam deslocar-se autonomamente? *

Marcar apenas uma oval.

Nunca

Raramente

Às vezes

Quase sempre

Sempre

Não aplicável

Oportunidades de melhoria

4.1. Destaque iniciativas do seu CS que facilitam o atendimento e/ou a comunicação com pessoas com deficiência visual

4.2. O que sugere para melhorar a acessibilidade/comunicação do seu CS?

ANEXO 3 – RESUMO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA (SPSS)

1.1. Idade					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	20	1	.8	.8	.8
	23	5	4.0	4.0	4.8
	25	2	1.6	1.6	6.5
	28	3	2.4	2.4	8.9
	29	1	.8	.8	9.7
	30	7	5.6	5.6	15.3
	31	1	.8	.8	16.1
	32	2	1.6	1.6	17.7
	33	3	2.4	2.4	20.2
	35	1	.8	.8	21.0
	36	2	1.6	1.6	22.6
	37	3	2.4	2.4	25.0
	38	3	2.4	2.4	27.4
	39	1	.8	.8	28.2
	40	3	2.4	2.4	30.6
	41	7	5.6	5.6	36.3
	42	8	6.4	6.5	42.7
	43	5	4.0	4.0	46.8
	44	5	4.0	4.0	50.8
	45	1	.8	.8	51.6
	46	5	4.0	4.0	55.6
	47	2	1.6	1.6	57.3
	48	1	.8	.8	58.1
	49	7	5.6	5.6	63.7
	50	2	1.6	1.6	65.3
	51	2	1.6	1.6	66.9
	52	1	.8	.8	67.7
	53	2	1.6	1.6	69.4
	54	6	4.8	4.8	74.2
	55	3	2.4	2.4	76.6
	56	1	.8	.8	77.4
	57	1	.8	.8	78.2
	58	1	.8	.8	79.0
60	3	2.4	2.4	81.5	
61	3	2.4	2.4	83.9	
62	2	1.6	1.6	85.5	
63	1	.8	.8	86.3	
64	1	.8	.8	87.1	
66	1	.8	.8	87.9	
67	1	.8	.8	88.7	
68	3	2.4	2.4	91.1	
70	2	1.6	1.6	92.7	
71	1	.8	.8	93.5	
73	3	2.4	2.4	96.0	

1.1. Idade		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
	74	1	.8	.8	96.8
	76	1	.8	.8	97.6
	78	1	.8	.8	98.4
	79	1	.8	.8	99.2
	80	1	.8	.8	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	Sistema	1	.8		
Total		125	100.0		

1.2. Gênero		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Feminino	54	43.2	43.5	43.5
	Masculino	70	56.0	56.5	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	Sistema	1	.8		
Total		125	100.0		

1.3. Escolaridade		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Ensino básico (4º ano, 6º ano ou 9º ano)	27	21.6	21.8	21.8
	Ensino secundário (12º ano)	39	31.2	31.5	53.2
	Ensino superior (Licenciatura, Mestrado ou Doutorado)	58	46.4	46.8	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	Sistema	1	.8		
Total		125	100.0		

1.4. Deficiência visual		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Cegueira	77	61.6	62.1	62.1
	Baixa visão	47	37.6	37.9	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	Sistema	1	.8		
Total		125	100.0		

1.5. Distrito					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Açores	3	2.4	2.4	2.4
	Aveiro	8	6.4	6.5	8.9
	Beja	1	.8	.8	9.7
	Braga	8	6.4	6.5	16.1
	Bragança	1	.8	.8	16.9
	Castelo Branco	4	3.2	3.2	20.2
	Coimbra	10	8.0	8.1	28.2
	Évora	1	.8	.8	29.0
	Faro	4	3.2	3.2	32.3
	Guarda	3	2.4	2.4	34.7
	Leiria	19	15.2	15.3	50.0
	Lisboa	32	25.6	25.8	75.8
	Portalegre	1	.8	.8	76.6
	Porto	18	14.4	14.5	91.1
	Santarém	3	2.4	2.4	93.5
	Setúbal	2	1.6	1.6	95.2
	Viana do Castelo	2	1.6	1.6	96.8
	Viseu	4	3.2	3.2	100.0
	Total		124	99.2	100.0
Missing	Sistema	1	.8		
Total		125	100.0		

1.6. Como vai ao CS? (1ª Opção)						
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa	
Válido	Vou sozinho/a	62	49.6	50.0	50.0	
	Faço-me acompanhar devido à necessidade de transporte;	38	30.4	30.6	80.6	
	Faço-me acompanhar devido à necessidade de orientação no CS;	15	12.0	12.1	92.7	
	Faço-me acompanhar para não me sentir sozinho/a	6	4.8	4.8	97.6	
	Outra	3	2.4	2.4	100.0	
	Total		124	99.2	100.0	

1.6. Como vai ao CS? (1ª Opção)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

1.6. Como vai ao CS? (2ª Opção)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Faço-me acompanhar devido à necessidade de transporte;	7	5.6	23.3	23.3
	Faço-me acompanhar devido à necessidade de orientação no CS;	17	13.6	56.7	80.0
	Faço-me acompanhar para não me sentir sozinho/a	5	4.0	16.7	96.7
	Outra	1	.8	3.3	100.0
	Total	30	24.0	100.0	
Missing	System	95	76.0		
Total		125	100.0		

1.6. Como vai ao CS? (3ª Opção)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Faço-me acompanhar devido à necessidade de orientação no CS;	1	.8	14.3	14.3
	Faço-me acompanhar para que tirem notas das informações prestadas;	1	.8	14.3	28.6
	Faço-me acompanhar	4	3.2	57.1	85.7

1.6. Como vai ao CS? (3ª Opção)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	para não me sentir sozinho/a				
	Outra	1	.8	14.3	100.0
	Total	7	5.6	100.0	
Missing	System	118	94.4		
Total		125	100.0		

2.1. Qual é o seu método de leitura preferencial?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Braille em papel;	20	16.0	16.1	16.1
	Braille digital;	2	1.6	1.6	17.7
	Letras ampliadas em papel;	10	8.0	8.1	25.8
	Letras ampliadas num suporte digital (telemóvel, tablet, computador, ampliador portátil, etc.);	18	14.4	14.5	40.3
	Leitor de ecrã (telemóvel, tablet, computador, leitor autónomo, etc.);	67	53.6	54.0	94.4
	Outro	7	5.6	5.6	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

2.2. No CS alguma vez lhe perguntaram em que formato prefere receber a informação escrita?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	110	88.0	88.7	88.7
	Sim	10	8.0	8.1	96.8
	Não sei / Não me lembro	4	3.2	3.2	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		

2.2. No CS alguma vez lhe perguntaram em que formato prefere receber a informação escrita?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Total		125	100.0		

2.3 O seu CS costuma fornecer-lhe informação num suporte que lhe seja acessível?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	93	74.4	75.0	75.0
	Sim	31	24.8	25.0	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

2.3.1. Se respondeu sim, por favor refira se é algum dos seguintes documentos (1ª opção):					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	A prescrição de medicamentos	27	21.6	73.0	73.0
	O agendamento das consultas	3	2.4	8.1	81.1
	Nenhum dos referidos	7	5.6	18.9	100.0
	Total	37	29.6	100.0	
Missing	System	88	70.4		
Total		125	100.0		

2.3.1. Se respondeu sim, por favor refira se é algum dos seguintes documentos (2ª opção)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	O agendamento das consultas	12	9.6	80.0	80.0
	Informação genérica sobre prevenção/recomendações sobre doenças	2	1.6	13.3	93.3
	Outro	1	.8	6.7	100.0
	Total	15	12.0	100.0	
Missing	System	110	88.0		
Total		125	100.0		

2.3.1. Se respondeu sim, por favor refira se é algum dos seguintes documentos (3ª opção):					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Informação genérica sobre prevenção/recomendações sobre doenças	3	2.4	100.0	100.0
Missing	System	122	97.6		
Total		125	100.0		

2.3.2 No caso do CS facultar informação num suporte acessível, refira qual (opção 1):					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Documentos impressos em Braille	6	4.8	13.3	13.3
	Documentos num suporte digital (pen, email, <i>web</i> , etc.)	28	22.4	62.2	75.6
	Documentos com letras ampliadas em papel;	1	.8	2.2	77.8
	Outro	10	8.0	22.2	100.0
	Total	45	36.0	100.0	
Missing	System	80	64.0		
Total		125	100.0		

2.3.2 No caso do CS facultar informação num suporte acessível, refira qual (opção 2):					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Documentos num suporte digital (pen, email, <i>web</i> , etc.)	1	.8	25.0	25.0
	Documentos com letras ampliadas em papel;	2	1.6	50.0	75.0
	Outro	1	.8	25.0	100.0
	Total	4	3.2	100.0	
Missing	System	121	96.8		
Total		125	100.0		

2.3.2 No caso do CS facultar informação num suporte acessível, refira qual (opção 3):					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Documentos com letras ampliadas em papel;	1	.8	100.0	100.0
Missing	System	124	99.2		
Total		125	100.0		

2.4. Já pediu para receber alguma informação num suporte acessível?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	95	76.0	76.6	76.6
	Sim	15	12.0	12.1	88.7
	Não sei / Não me lembro	14	11.2	11.3	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

2.4.2. Se respondeu sim, por favor refira se a informação acessível lhe foi disponibilizada					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	12	9.6	50.0	50.0
	Sim	12	9.6	50.0	100.0
	Total	24	19.2	100.0	
Missing	System	101	80.8		
Total		125	100.0		

2.5. Já sentiu que a falta de documentação acessível do CS o afetasse de alguma forma? (exemplos: perda de consulta, dificuldade na toma de medicação prescrita)					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	84	67.2	67.7	67.7
	Sim	31	24.8	25.0	92.7
	Não sei / Não me lembro	9	7.2	7.3	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

2.6. Alguma vez sentiu que a sua privacidade é posta em causa pelo facto de outras pessoas lhe lerem informações relacionadas com a sua saúde?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nunca	56	44.8	45.2	45.2
	Raramente	19	15.2	15.3	60.5

2.6. Alguma vez sentiu que a sua privacidade é posta em causa pelo facto de outras pessoas lhe lerem informações relacionadas com a sua saúde?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Às vezes	32	25.6	25.8	86.3
	Quase sempre	5	4.0	4.0	90.3
	Sempre	2	1.6	1.6	91.9
	Não aplicável	10	8.0	8.1	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

2.7. Alguma vez sentiu que a sua autonomia é posta em causa pelo facto de outras pessoas lhe lerem informações relacionadas com a sua saúde?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nunca	37	29.6	29.8	29.8
	Raramente	16	12.8	12.9	42.7
	Às vezes	39	31.2	31.5	74.2
	Quase sempre	10	8.0	8.1	82.3
	Sempre	14	11.2	11.3	93.5
	Não aplicável	8	6.4	6.5	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

2.8. Quando tem de responder em voz alta a formulários, num espaço partilhado por mais pessoas, são-lhe garantidas medidas que promovam a sua privacidade?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Valid	Nunca	40	32.0	32.3	32.3
	Raramente	16	12.8	12.9	45.2
	Às vezes	20	16.0	16.1	61.3
	Quase sempre	9	7.2	7.3	68.5
	Sempre	9	7.2	7.3	75.8
	Não aplicável	30	24.0	24.2	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.1. Os profissionais de saúde descrevem-lhe previamente o que vão fazer? (explicam-lhe que vão mudar um penso, que o vão auscultar, que vão retirar sangue, etc.)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nunca	3	2.4	2.4	2.4

3.1. Os profissionais de saúde descrevem-lhe previamente o que vão fazer? (explicam-lhe que vão mudar um penso, que o vão auscultar, que vão retirar sangue, etc.)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Raramente	5	4.0	4.0	6.5
	Às vezes	18	14.4	14.5	21.0
	Quase sempre	26	20.8	21.0	41.9
	Sempre	70	56.0	56.5	98.4
	Não aplicável	2	1.6	1.6	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.2. Qual é a importância que dá à descrição prévia dos procedimentos por parte dos profissionais?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada importante	1	.8	.8	.8
	Nem importante, nem pouco importante	2	1.6	1.6	2.4
	Importante	41	32.8	33.1	35.5
	Muito importante	80	64.0	64.5	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.3. Os profissionais de saúde avisam-no quem são as pessoas presentes na sala? (exemplo, no gabinete médico, do enfermeiro, etc).

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nunca	15	12.0	12.1	12.1
	Raramente	19	15.2	15.3	27.4
	Às vezes	21	16.8	16.9	44.4
	Quase sempre	27	21.6	21.8	66.1
	Sempre	35	28.0	28.2	94.4
	Não aplicável	7	5.6	5.6	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.4. Qual é a importância que dá ao facto dos profissionais de saúde o avisarem quem são as pessoas presentes na sala?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada importante	4	3.2	3.2	3.2
	Pouco importante	3	2.4	2.4	5.6
	Nem importante, nem pouco importante	13	10.4	10.5	16.1
	Importante	35	28.0	28.2	44.4
	Muito importante	69	55.2	55.6	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
	Missing	System	1	.8	
Total		125	100.0		

3.5. Os profissionais de saúde permitem-lhe registar notas relacionadas com consulta/tratamento para que possa consultar posteriormente?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nunca	9	7.2	7.3	7.3
	Raramente	9	7.2	7.3	14.5
	Às vezes	14	11.2	11.3	25.8
	Quase sempre	5	4.0	4.0	29.8
	Sempre	30	24.0	24.2	54.0
	Não aplicável	57	45.6	46.0	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.6. Qual é a importância que dá à necessidade dos profissionais de saúde lhe permitirem registar notas relacionadas com consulta/tratamento para que as possa consultar posteriormente?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nada importante	6	4.8	4.9	4.9
	Pouco importante	6	4.8	4.9	9.8
	Nem importante, nem pouco importante	9	7.2	7.4	17.2
	Importante	35	28.0	28.7	45.9
	Muito importante	47	37.6	38.5	84.4
	Não aplicável	19	15.2	15.6	100.0
	Total				

3.6. Qual é a importância que dá à necessidade dos profissionais de saúde lhe permitirem registrar notas relacionadas com consulta/tratamento para que as possa consultar posteriormente?

	Total	122	97.6	100.0	
Missing	System	3	2.4		
Total		125	100.0		

3.7. Quando acompanhado, sente que os profissionais o abordam diretamente ou tendem a falar com quem está consigo?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim, sinto que falam comigo	49	39.2	39.5	39.5
	Normalmente sinto que falam para o acompanhante	26	20.8	21.0	60.5
	Sinto que falam para ambos	37	29.6	29.8	90.3
	Nunca me apercebi	12	9.6	9.7	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.8. Quando precisa de se deslocar sozinho no CS, os profissionais perguntam-lhe se precisa de ajuda?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não perguntam	17	13.6	13.7	13.7
	Às vezes perguntam	35	28.0	28.2	41.9
	Sim perguntam	55	44.0	44.4	86.3
	Não aplicável	17	13.6	13.7	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.9. Quando é apoiado pelos profissionais, sente que é bem guiado?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não me sinto bem guiado	25	20.0	20.2	20.2
	Sinto-me bem guiado	70	56.0	56.5	76.6
	Não sei	9	7.2	7.3	83.9

3.9. Quando é apoiado pelos profissionais, sente que é bem guiado?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
	Não aplicável	20	16.0	16.1	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

3.10. Quando tem que ir de um ponto ao outro no CS (exemplo, da receção ao gabinete médico), são-lhe dadas indicações orais precisas que lhe permitam deslocar-se autonomamente?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Nunca	19	15.2	15.3	15.3
	Raramente	23	18.4	18.5	33.9
	Às vezes	29	23.2	23.4	57.3
	Quase sempre	17	13.6	13.7	71.0
	Sempre	16	12.8	12.9	83.9
	Não aplicável	20	16.0	16.1	100.0
	Total	124	99.2	100.0	
Missing	System	1	.8		
Total		125	100.0		

**ANEXO 4 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE AOS MOTIVOS
PELOS QUAIS OS PARTICIPANTES NÃO PEDEM INFORMAÇÕES ACESSÍVEIS.**

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
Motivo	Necessidade	“nunca senti necessidade”	“se calhar porque nunca senti necessidade.”P101
			“Não senti necessidade”P184
			“Não senti necessidade...”P188
			“Porque nunca senti essa necessidade”P198
			“não foi preciso”P201
			“Não tem sido necessário.”P209
			“Ainda não senti essa necessidade.”P212
			“Por não ter havido necessidade disso.”P216
			“ainda não senti necessidade”P217
			“Sinceramente ainda não precisei. As receitas que tenho sei como tomar os medicamentos.”P127
			“Nunca tive necessidade.”P119
			“Nunca senti necessidade”P128
			“Ainda não senti necessidade disso”P130
			“Até ao mumento não foi necessário”P135
			“ou nunca foi necessário” P136
			“não achei necessário.”P139
“Porque ainda não senti necessidade”P152			
“Nunca foi Necessário”P159			
“Ainda não precisei”P168			

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
			<p>“Ainda não senti necessidade.”P169</p> <p>“nunca senti que havia necessidade para tal, uma vez que as minhas idas ao CS se deviam a consultas de rotina ou toma de vacinas e/ou injeções”P117</p> <p>Nunca alertei os serviços a esse fim”P166</p>
	Desconhece uma razão	Nunca lhe ocorreu	<p>“sinceramente nem sei bem porquê”P101,</p> <p>“Nem me ocorreu.”P120</p> <p>“Porque nunca pensei nisso”P136</p> <p>“Não me ocorreu”P205</p> <p>“e também confesso que nunca pensei nisso”P206</p> <p>“Não me ocorreu”P170</p> <p>“esqueci de pedir em formato alternativo”P182</p>
	Apoio dos profissionais	Profissionais esclarecem	<p>“A equipa médica esclarece, não existe necessidade de informação escrita.”P145</p>
	Recebe informação por via eletrónica	SMS e E-mail	<p>“Porque até agora, as receitas médicas e o agendamento de consultas tem sido a única documentação de que tenho necessitado. Essa informação recebo por sms e tem sido suficiente”P126</p> <p>“porque recebo o essencial por e-mail, não senti, ainda, outra necessidade”P154</p> <p>“não foi necessário pedir para que mo facultassem, tudo já é feito de forma</p>

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
	Desconhecimento de direitos e/ou de práticas	Falta de conhecimento	digital, pelo que consigo ter acesso à informação.”P218
			“Parto do principio que não têm.”P109
			“Além disso, pensei que nem havia.”P130
			“não vi local para pedir documentação em suporte acessível”P172
			“Não me passou pela cabeça que enviassem informação.”P187
			“Tanto quanto sei o mesmo não qualquer suporte”P147
			“Nem me passou pela cabeça que tal fosse possível.”P133
			“Não sabia que era possível ser entregue de outra forma”P107
			“por falta de conhecimento”P150,
			“Desconhecia que isso era possível pedir.”P160
			“não sei se poderia escolher”P164
			“Porque não sabia que existia”P165
			“por falta de conhecimento- ã sei que isso pode ou deve ser fornecido/feito pelo centro de saude.” P183
			“Não sabia que se podia pedir.”P181
“Por desconhecer essa possibilidade.”P185			
“Penso ainda não terem documentos em Braille acessível”P192			

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
			<p>“Por desconhecimento da possibilidade do envio.”P200</p> <p>“Por desconhecimento.”P202</p> <p>“Não sabia que se podia pedir.”P204</p> <p>“por desconhecimento”P207</p> <p>“desconhecimento”P208</p> <p>“Conheço apenas o procedimento prévio e formatado utilizado nos centros, desconhecia que poderiam emitir os documentos via electrónica ou outras (excepto Portal SNS onde as informações chegam via e-mail no entanto em termos de acessibilidade não é muito intuitivo)”P220</p> <p>“nunca tinha pensado que o CS deveria de facto disponibilizar informação em formato acessível.”P132</p>
	Crença de que não apoiariam	Falta de disponibilidade por parte do CS	<p>“Se houvesse a divulgação de documentos em formato acessível o CS daria a informação ao cidadão por iniciativa própria e haveria informação disso na Internet.”P162</p> <p>“Porque não senti que estivessem disponíveis para o fazer.”P156</p> <p>“Acho que não forneceriam.”P158</p>

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
			<p>“Eles atendem mal (...) o trivial imagine pedir formatos diferentes.”P174</p> <p>“pq sei q n há sensibilidade p tal.”P210</p>
	Carência de serviços de apoio	Não dispõem de apoio	<p>“Infelizmente os serviços de Saúde carecem de produtos de apoio visual, com o objetivo de aumentar a autonomia das pessoas com Deficiência visual.”P173</p> <p>“Porque no CS não há ninguém para tal.”P180</p> <p>“Não têm”P149</p>
	Não foram questionados	Opção de escolha	<p>“Nunca me foi sugerido”P178</p> <p>“Porque nunca me deram essa opção.”P194</p> <p>“Porque não sou eu que tenho que lhes dizer”P190</p>
	Dificuldade em ler	Braille	<p>“ e tenho a dificuldade em ler por causa das artroses e falta de treino em ler braille”P206</p>
	Apoio de terceiros	Apoio na leitura	<p>“Ainda não estou completamente sozinho”P110</p> <p>“por estar sempre acompanhado”P150</p> <p>“Em virtude de muitas vezes ser acompanhada.o.”P169</p> <p>“Sou casado com uma pessoa normal visual.”P175</p> <p>“Os meus pais leem sempre a informação e nunca pedi para receber em suporte acessível”P199</p> <p>“Porque tenho os meus familiares que</p>

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
			normalmente vão comigo”P206
			“Tenho quem me ajude em casa para ler as prescrições.”214
			“Por ter sempre alguém por perto”P222
	Receio de incomodar	“Não incomodar”	“Não incomodar”P122
	Proximidade do CS	“é muito perto da minha casa”	“O CS é muito perto da minha casa, na mesma rua e vou lá rapidamente.”P131
	Frequência	“recorrer muito pouco ao CS”	“recorrer muito pouco ao CS”P142
“inscrição recente”P193			
“até porque somente costumo ir lá a consultas” P195			
“Não frequento muito o CS, só vou ao CS para pedir receitas ou levar a vacina da gripe”P215			
	Uso de estratégias	Tira apontamentos	“e muito importante tomo sempre muitos apontamentos cada vez que vou ao CS. O resto complemento com informação obtida na Internet,”P132
“se for o caso, até coloco um lembrete no telemóvel.”P143			
		Memoriza informação	“Porque geralmente decoro a data das consultas(…)” P143
“e a única informação fornecida é o respetivo receituário, que é fácil de decorar.”P195			
			“Em geral, obtenho a informação por

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
			memorização (no caso das prescrições médicas)” P223
			“Nunca senti necessidade porque costumo ter boa memória”P132
		Utiliza produtos de apoio	“Porque, se for em papel, leio com o ampliador, se for por e-mail, tenho programa de aplicação no computador”P144
			“Contorno a situação lendo, com a lupa digital, a documentação facultada.”P189
			“por meios próprios consigo consultar a informação”P196
			“e, em casa, por meios próprios consigo consultar a informação”P198
		Pesquisa na internet	“(…) quanto à posologia, e se tenho dúvidas, após adquirir o medicamento e uma vez que a maioria tem rotulagem Braille, procuro informação mais detalhada p. ex. no Google ou nas bases de dados do Infarmed disponíveis.”P223
			“Existindo tanta informação disponível nos meios de comunicação social e na internet, nunca me pareceu necessário ser um serviço de saúde a fornecer a informação,” P195

**ANEXO 5 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS
CONSEQUÊNCIAS DA INFORMAÇÃO INACESSÍVEL PARA OS PARTICIPANTES**

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto
Em que medida se sentiu afetado	Perda de informação	Horários da medicação	“Nos horários para tomar os medicamentos”P100
			“Nos horários para tomar os medicamentos” P102
			“conhecer o horário da medicação”P121
		Toma/ compra da medicação	“e na prescrição dos mesmos”P100
			“e na prescrição dos mesmos”P102
			“Dificuldade na toma de medicação prescrita.”P138
			“Na toma de medicamentos”P129
			“Na toma da medicação e para que serve o medicamento.”P160
			“Dificuldades em saber qual a validade dos medicamentos prescritos e deixar de os aviar a tempo tendo de pedir novas receitas”P167
			“Ir à farmácia e, algumas vezes, não saber exatamente que medicamento se vai aviar,”P223
			“e dificuldade em tomar medicação”P182
		“Na possibilidade de poder reler aquilo que foi indicado na consulta para me assegurar dos sintomas, diagnóstico, periodo de toma de medicação, etc.”P156	
		Dia da consulta	“Perdi a consulta”P107
			“perda de consulta”P134
			“Perda de consultas”P141
			“perda de consulta”P163
			“Perda de consulta”P177
			“perda de consulta”P182
	“por vezes, por não ter acesso ao agendamento das datas das		

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de registo/indicador	Unidade de contexto	
			consultas, acabo por perdê-las por não me lembrar das mesmas."P208	
			"datas da consulta	
			"Por falta de comparência a consulta" P222	
		Informação generalizada	"Há determinadas informações que estão afixadas nas paredes do CS e que não estão acessíveis às pessoas com Deficiência Visual."P173	
		Documentos	"e perda de documentos como ex. (receitas)"P222	
		Chamada para a consulta	"anúncio da minha vez na consulta" P210	
	Perda de autonomia	Dependência de terceiros		"Dependencia de terceiros para ler guias de tratamento, decorar ou perder informação" P155
				"falta de autonomia depender de treceiros para a toma de decisão" P172
				"tendo que confiar no farmacêutico para ter a certeza que avia o medicamento e a dosagem certa" P223
		Capacidade de decisão comprometida	"implica retirar parte da minha autonomia de verificação." P223	
			"Sinto a minha autonomia e privacidade postas em causa por não ter acesso direto à informação relativa a minha saúde." P207	
	Esforço acrescido	Necessidade de ligar para o CS		"No dia e na hora da consulta, ou seja por vezes tenho necessidade de ligar para o CS para confirmar o dia e a hora da mesma." P169
				"Tenho sempre de telefonar a confirmar a data e hora da marcação das consultas, por recear esquecer-me." P185
		Pensar com antecedência	"ter de pensar com muita antecedência" P172	
	Desmotivação	Falta de vontade de voltar ao CS	"Não tenho vontade de voltar" P122	

**ANEXO 6 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS INICIATIVAS
DO CENTROS DE SAÚDE FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO**

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo/ Indicador	Unidades de contexto
Organização dos Serviços	Recursos humanos	Para apoio na deslocação	“Disponibilizam auxiliar para acompanhamento” P112
			“nada a destacar. apoio de quem está ao balcão bom. apoio dos seguranças nas deslocações dentro e fora do CS.”P127
			“Disponibilidade para ajudar se necessário”P130;
			“Apoio do segurança (...)” P155
			“bem como quando tenho de me lá deslocar sou bem orientado.”P157
			“acompanhamento das assistentes ao gabinete do respectivo médico”P182
			“Terem sempre alguém que chama a atenção dos funcionários para que dêem prioridade ao meu atendimento.”P142
			“As pessoas ajudam muito”P190
		Atendimento afável	“ótima atenção de funcionários e corpo médico.”P154
			“Simpatia e educação”P161

Categories	Subcategorias	Unidade de registo/ Indicador	Unidades de contexto	
			"Os funcionários são extremamente prestáveis" P216	
			"As pessoas que lá trabalham serem prestáveis" P222	
		Chamada de utente pelo funcionário	"Chamar pelo nome da pessoa." P158	
			"No meu CS as chamadas dos pacientes e a sua direção para os gabinetes é feita oralmente por um médico ou enfermeiro. Esta iniciativa de chamarem os utentes é melhor do que aparecerem os números das senhas em ecrãs." P175	
			"Indicar a vez e gabinete de atendimento" P151	
			"possibilidade de informarem o medico que Será necessário acompanhamento até ao gabinete e do gabinete a saída deste" P155	
	Recursos materiais	Máquina de senhas com voz	"A máquina das senhas à entrada, tem um leitor de ecrã em voz alta e bem perceptível" P144	
			"sistema para chamar senhas por voz" P155	
			Adaptação de equipamento	"aposição, em braille, de pequenas etiquetas nas máquinas das senhas (feitas por mim, mas pouco eficazes, devido à

Categories	Subcategorias	Unidade de registo/ Indicador	Unidades de contexto
			ergonomia dos aparelhos)"
	Cumprimento da legislação	Respeito pelo atendimento prioritário	"Haver mais que uma vaga para consulta para os casos de urgência ou deficiência, isto em cada dia" P166
			"Informam os outros utentes da situação, designadamente o atendimento prioritário." P217
			"atendimento prioritário e personalizado" P152
Otimização da comunicação	Prestação da informação	Por <i>e-mail</i>	"Envio, da informação essencial, por e-mail e por smarthPhone;" P154
			"Enviam sempre as informações por email, logo não sinto falta de informação" P157
			"Marcação de consultas por e-mail. Pedido de medicação habitual por e-mail ou telefone. Envio de receitas electrónicas por e-mail." P169
			"divulgação de consultas e medicação em formato digital" P182
			"O envio das receitas por mail." P185
		Por telefone	"quando o médico não vem telefonam para não ir ao CS" P136

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo/ Indicador	Unidades de contexto
			“Não existe dificuldade em conversar com a médica de família por telefone.”P145
	Atendimento/interação	Diálogo claro e objetivo	“Orientações orais precisas”P149
			“explicações precisas sobre tudo o que é necessário.”P130
			“A boa capacidade oral dos funcionários do CS”P173
			“Descrever o que estão a fazer (...)”P170
			“Descrever o que estão a fazer quando a pessoa está a fazer tratamento ou análises” P205

ANEXO 7 – TABELA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO REFERENTE ÀS SUGESTÕES DE MELHORIA

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de contexto
Ações dirigidas a profissionais	Formação	Generalizada	“(…) formação (…) dos profissionais”P100
			“(…) formação aos profissionais”P101”
			“Uma formação adequada dos profissionais”P102
			“Dar formação e sencibilizar os técnicos quelá trabalham.” P133 “Mais formação do pessoal que trabalha no CS.”P148
			“Formação”P222
			“deveria ser dada formação aos profissionais de saúde para que possam dar mais apoio aos utentes com deficiência visual.”P101
			“As pessoas (os profissionais) estarem mais despertos para esta realidade-terem formação interna no CS.”P183
			“O pessoal da segurança deveria ter alguma formação, por forma a fornecer uma ajuda mais eficaz.” P154
			“Alguma formação no sentido das necessidades especiais, pois mesmo que se use óculos, nem sempre significa que se veja bem e as pessoas assumem que se vê bem e, por isso, não há qualquer tipo de ajuda. Acho que podia haver mais sensibilidade nesse sentido.”P107
		Atendimento/ interação	“(…) e formação para melhorar o atendimento e o modo como se comunica com os utentes com deficiência visual.”P210
“Formação dos colaboradores para interagir, de forma adequada e ajustada, com pessoas com deficiência.”P189			

Categories	Subcategories	Indicadores	Unidades de contexto
			<p>“que seja dada formação aos funcionários no sentido de nos aer dado outro tipo de acompanhamento” P163</p>
			<p>“e mais formação em atendimento a deficientes visuais para todos.” P146</p>
			<p>“Formação aos profissionais sobre atendimento e acompanhamento de pessoas com deficiência visual,”P156;</p>
			<p>“Formação (...) do pessoal médico e auxiliar para atendimento das pessoas com deficiência visual. P169</p>
			<p>“em profissionais mais preparados para lidar connosco, por exemplo para (...) ajudar no dialogo.”P180</p>
			<p>“a preparação do pessoal médico e assistentes para uma melhor interação com a pessoa cega.” P141</p>
			<p>“Formação (...) A profissionais de saude para autonomia e autodeterminação da pessoa cega também no que diz respeito a sua saúde e decisões associadas a ela,”P155</p>
			<p>“Formação na comunicação dos profissionais, sobretudo no que diz respeito à discricão” P145</p>
			<p>“mudança de atitude de alguns profissionais « administrativos »”P150</p>
		Técnicas de guia/orientação	<p>“Treino dos profissionais sobre interação e acompanhamento de pessoas com deficiência visual”P223</p>
			<p>“em profissionais mais preparados para lidar connosco, por exemplo para nos conduzir (...)”P180</p>
			<p>“dar formação aos profissionais para guiarem corretamente”P138</p>
			<p>“(...) saberem darem indicações a pessoas com cegueira;”P138 “Alguma formação de técnicas guia.”P187</p>
			<p>“informação dos profissionais sobre técnicas de guia (...)”P185</p>

Categories	Subcategories	Indicadores	Unidades de contexto
			<p>“A minha sugestão é válida para todos os centros de saúde e hospitais, é: Que na recepção, após o atendimento, nos seja indicado verbalmente, o trajecto até ao gabinete do médico ou enfermeiro, (Ex: corredor à direita, segunda porta à esquerda, ou terceira à direita), porque pode acontecer, não nos lembrarmos da porta exata, ou não ser no gabinete habitual.” P144</p>
	Sensibilização	Comunidade profissional	<p>“(…) sensibilizar os técnicos que lá trabalham.” P133</p>
			<p>“sessões de sensibilização” P193</p>
			<p>“trabalho ao nível da sensibilização dos profissionais para a importância de garantir acessibilidade e autonomia às pessoas com deficiência visual.” P156</p>
			<p>“(…) sensibilização do pessoal médico e auxiliar para atendimento das pessoas com deficiência visual. P169</p>
			<p>“Ações de consciencialização (...) para melhorar o atendimento e o modo como se comunica com os utentes com deficiência visual.” P210</p>
			<p>“(…) sensibilização A profissionais de saúde para autonomia e autodeterminação da pessoa cega também no que diz respeito a sua saúde e decisões associadas a ela,” P155</p>
			<p>“(…) alguma sensibilização para a abordagem da pessoa com deficiência visual.” P185</p>
		Recursos materiais/ informativos	<p>“Na impossibilidade de dar-se formação a todos os técnicos, dever-se-ia produzir um folheto a distribuir para todos os centros de saúde sobre a melhor forma de interagir com uma pessoa com deficiência visual.” P168</p>
Acessibilidade arquitetónica	Orientação e mobilidade	Acesso exterior	<p>“Melhorar a acessibilidade do edifício” P203</p>
			<p>“colocação de rampas de acesso ao edifício” P182</p>

Categories	Subcategories	Indicadores	Unidades de contexto
			<p>“Espaços do edifício mais acessíveis” P141</p>
			<p>“Descrição coerente dos transportes públicos envolventes e pontos de referência” .P162</p>
			<p>“Ao caminhar no passeio para a entrada do CS, tenho muita dificuldade em encontrar a mesma entrada por falta de pontos de referência. Assim, acho muito necessário colocar do lado exterior do CS pontos de referência como por exemplo, saliências na parede do prédio, marcas no chão, vasos com plantas ou tapetes junto ao degrau de entrada.” P131</p>
		Piso tátil	<p>“deviam ser criadas marcações como por exemplo pavimentos táteis.”P101</p>
			<p>“marcar percursos com linhas no chão que contrastem com a cor do mesmo.” P139</p>
			<p>“Piso tátil que permita perceber o sentido de marcha e mudanças de direção”P217</p>
			<p>“Para a acessibilidade que houvesse um piso diferente da sala de espera para os gabinetes.”P160</p>
			<p>“Piso diferente no chão para localizar a porta de entrada , haver mais espaço para estacionar carros.não” P166</p>
			<p>“existência de piso pitonado desde o passeio ao balcão e do balcão aos consultórios médicos”P213</p>
		Planta tátil	<p>“Fornecimento de uma planta tátil para os utentes poderem em casa conhecer o centro”P217.</p>
		Sinalética acessível	<p>“As placas de identificação estarem a um nível mais baixo e em letra maior” P125</p>
			<p>“Sinalização do edifício para pessoas com baixa visão”P200</p>
			<p>“identificação dos gabinetes e pisos com info em braille,”P155</p>

Categories	Subcategorias	Indicadores	Unidades de contexto	
			“aposta em sistemas sonoros com o toque elevadores com sistemas audio nos p” P172	
Otimização dos Serviços	Recursos humanos	Apoio na deslocação	“Haver alguém que me pudesse apoiar para me deslocar dentro do CS” P124	
			“Alguém a receber os utentes e a orientá-los” P122	
			“Um funcionário disponível para conduzir ao local de atendimento”P151	
			“Terem alguma pessoa disponível para ajudar na orientação”P215	
			Terem um funcionário disponível para acompanhar as pessoas deficientes visuais”P200	
			“Tem que ter mais pessoas para atender as pessoas com problemas”P190	
			“Que haja pessoal direccionado para esse tipo de situações”P111	
			“Descrição dos trajectos dentro do CS”P162	
			Atendimento personalizado	“Atendimento personalizado, para este tipo de incapacidade” P147
				“Atendimento personalizado, já que as máquinas das senhas não são acessíveis.”P162
	“Um atendimento mais personalizado”P112			
	“Estar alguém ajudar os pacientes.”P111			
	“ajuda pessoal” P164			
			“Ser o médico do centro (médico de família) a vir a casa do paciente” P161	
		Reconhecimento de voz no atendimento automático pelo telefone	Tons DTMF e reconhecimento de voz	“Não utilização de atendimento automático nos telefones dos centros de saúde, excepto se para além dos tons DTMF existir o reconhecimento de voz.” P162

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de contexto
	Registo administrativo no sistema informático	Sistemas de alerta para indicação de pessoa com deficiência	“Termos,nós, informação no nosso C.C que temos esta deficiência, e na própria inscrição do CS assim que colocam o nosso nome na base de dados isso saltar como alerta, para que nos tratem e encaminhem devidamente.”P183
“darem alguma coisa que identifique que o utente tem baixa visão.” P139			
“(…)na ibscricao ser dada indicacao no sistema que pessoa tem nebilidade acompanhamento quando se deslica sizinho”P137			
Otimização da comunicação	Iniciativas/proatividade dos serviços	Divulgação de informação útil	“Mais iniciativa nos profissionais de saúde na divulgação de informação útil (ex: AMIN - Atestados de Incapacidade Multiuso).” P162
		Comunicação via telefone	“Comunicação via telefone.” P158
			“Fornecerem informações em telefonemas” P177
	Tempo extra nas consultas	“Marcação das consultas com mais tempo quando é uma pessoa cega, para que esta tenha tempo de anotar todas as informações importantes do médico;”P138	
		“A médica devia dar me mais tempo para me atender e falar mais comigo.”P181	
	Prestar informação acessível	Documentação/ Informação generalizada	“Comunicar com os utentes de forma acessível. Por exemplo, o meu CS por vezes fecha e a informação desse encerramento não é comunicada.”P209
			“disponibilizarem informação mais precisa.”P203
			“A informação ser difundida em formato acessível”P116
			“Envio de informações em suportes acessíveis escolhidos pelo beneficiário”P223
			“(…) e disponibilizar informação em suporte acessível.” P141
“Documentação em formato acessível”P146			
“mais formatos para alem do papel com info relativa a consulta”P155			

Categories	Subcategories	Indicadores	Unidades de contexto
			<p>“As informações devem ser acessíveis a todas as pessoas com Deficiência visual e como tal seria importante haver produtos de apoio visual destinados às mesmas.” P173</p> <p>“Divulgação de newsletters em formato acessível.” P162</p> <p>“produzir brochuras com informação em formatos acessíveis” P185</p> <p>“as informações suplementares, que são facultadas aos restantes utentes em forma de folhetos, deveriam estar disponíveis em formatos acessíveis.” P154</p> <p>“folhetos informativos disponíveis em suportes acessíveis,”P156</p> <p>“Embora não sendo ao CS que compete esta tarefa, as bulas dos medicamentos receitados deveriam existir em formato acessível.” P154</p>
		Informação em Braille	<p>“A informação afixada ser (...) em Braille.”P199</p> <p>“Ter o exame e as análises e as receitas em braille” P170</p> <p>“Que apostem mais em documentação em braille” P180</p> <p>“Gostaria de poder ter acesso a correspondência do meu centre de saúde em braille.”P208</p> <p>“Ter o exame e as análises e as receitas em braille ou por SMS para o telemóvel”P205</p> <p>“darem-me a informação em Braille”P121</p> <p>“nunca pensei nisso, mas ter documentação por exemplo em Braille era interessante” P136</p> <p>“ter informação em braille. Ter as cartas em braille.” P165</p> <p>“Construção de documentação em Braille” P172</p>
		Informação digital	<p>“Serem mais flexíveis, por exemplo na comunicação e agendamento de consultas/tratamentos por mail.” P123</p>

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de contexto
			“Envio de folhetos em suporte digital.” P169
			“Enviar informação sobre o modo de aplicação do tratamento via mail; enviar a notificação de consultas e outros atendimentos via sms ou mail;(…)”P185
			“Poderiam enviar as receitas, guias terapêuticas e marcações de consultas e exames por e-mail.” P167
			“deveriam de mandar a informação via mail, por exemplo” P134 “receitas enviadas por email que o leitor de ecrã leia.” P138
			“A disponibilização de material em formato acessível, nomeadamente a receção de informação via e-mail, a receção de avisos relativamente a consultas, etc.,” P141
			“Fornecerem informações em formato digital” P177
			“Envio em suporte digital da prescrição e toma de medicamentos” P169
			“As receitas eletrónicas apresentarem informações relacionadas com os medicamentos prescritos e quantidades.” P216
		Informação por sms	“enviar a notificação de consultas e outros atendimentos via sms” P185
			“Prescrições também via sms. Exames, medicamentos etc.” P127
			“Ter o exame e as análises e as receitas por SMS para o telemóvel” P170
			“Fornecerem informações em mensagens de telemóvel” P177
			“que passem a enviar por SMS agendamento de consultas e receitas médicas.”P207
			“Ter o exame e as análises e as receitas em braile ou por SMS para o telemóvel”P205
		Informação em texto ampliado	“As informações que estão afixadas nas paredes deveriam estar escritas em letras maiores.”P119

Categories	Subcategories	Indicadores	Unidades de contexto
			"A informação afixada ser com texto ampliado (...)."P199
			"Informação em papel ou em suporte digital com tamanho de letra aumentado."P128
	Chamada para atendimento	Utilização de diferentes meios (sonoro, contraste cromático)	"Falar o número da senha de atendimento."P170
			"Falar o número da senha de atendimento."P205
			"Paineis eletrônicos com o sistema de voz a funcionar e com um volume audível."P188
			"sistema de senhas completamente acessível,"P 155
			"Na recepção o levantamento das senhas de atendimento e o monitor que assinala o nº da senha e o balcão de atendimento deviam ter caracteres ampliados e, se possível, acompanhados por voz sonora"P211
			"Monitores de chamada com letras brancas em fundo negro."P149
			"O sistema de senhas do CS não é eficaz para pessoas portadoras de deficiência visual."P194
			"quando se tirar a sanha chamar por voz a pessoa (...)"P137
			"Efetuar a chamada oral das senhas de vez"P125
		Atendimento prioritário	"A lei das prioridades deveria reflectir-se nas máquinas das senhas de atendimento, coisa que não acontece." P154
	Privacidade	Espaço físico adequado para a partilha de informação oral	"local adequado para o preenchimento de formulários que exija que a pessoa diga, oralmente, as respostas, onde haja, confidencialidade;"P138
		Atitudes	"habitualmente falam demasiado alto sobre qualquer tema, incluindo questões privadas dos utentes." P145
Acessibilidade digital	Sites, aplicações	"Adequação do site do CS ao abrigo da Circular Normativa Conjunta SGMS-SPMS 2/2016 de 11 de outubro."P162	

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de contexto
			<p>“Utilização de boas práticas de acessibilidade nas comunicações em suporte digital ao abrigo das WCAG 2.1.” P162</p>
			<p>“Disponibilização de portais acessíveis onde a comunicação chegue a todos de igual forma.” P157</p>
			<p>“Utilização do Easy, um serviço que facilita a visualização de imagens e a leitura do texto que se destina a quaisquer cidadãos que por qualquer motivo têm dificuldade em ver os conteúdos gráficos não dinâmicos e conteúdos textuais disponibilizados nos diversos sites do ministério da saúde (a ser implementado durante os próximos meses).” P162</p>
			<p>Divulgação de informação em formato acessível incluindo no site”. P162</p>