

— APOSTILA DO MÓDULO 3 - PARTE I

# Acessibilidade: barreiras e soluções

**Curso de Acessibilidade e os Princípios do SUS:  
Formação Básica para Trabalhadores da Saúde**

Parte I

Aline da Silva Alves e Carolina Sacramento



Acessibilidade e os princípios do SUS

2019 Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação, Científica e Tecnológica em Saúde.

COORDENAÇÃO DO PROJETO

Valéria Machado da Costa

EQUIPE DO PROJETO

Aline da Silva Alves

Carolina Sacramento

Luciana Danielli de Araujo

Margareth Prevot

Marina Maria Ribeiro Gomes da Silva

PRODUÇÃO

Grupo de Trabalho sobre Acessibilidade do Icict/Fiocruz

CONTEUDISTAS

Aline da Silva Alves

Carolina Sacramento

DESIGN E IDENTIDADE VISUAL

Luciana Baptista

REVISÃO TEXTUAL

Claudio Ricardo Silva de Oliveira

NORMALIZAÇÃO E CATALOGAÇÃO

Luciana Danielli de Araujo

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E  
TECNOLÓGICA EM SAÚDE

CENTRO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - CTIC

Tels.: (21) 3865-3273 – 3865-3271

LICENÇA PARA USO



Todo conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalvas, é publicado sob a licença Creative Commons atribuição 4.0

---

Ficha Catalográfica

---

A474c

Alves, Aline da Silva.

Curso acessibilidade e princípios dos SUS. Parte I. Módulo 3. Acessibilidade : barreiras e soluções / Aline da Silva Alves ; Carolina Sacramento ; coordenação de Valéria Machado da Costa. – Rio de Janeiro : Fiocruz/Icict, 2019.

25 p. : il. color.

1. SUS. 2. Acessibilidade. 3. Formação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Sacramento, Carolina. II. Título.

CDD 305.614

---

# Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>2 ACESSIBILIDADE, ACESSO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)</b>	<b>6</b>
–2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	9
<b>3 O QUE SÃO BARREIRAS DE ACESSIBILIDADE?</b>	<b>11</b>
<b>4 DIMENSÕES DE ACESSIBILIDADE</b>	<b>12</b>
–4.1 ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA	13
–4.2 ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL	14
–4.3 ACESSIBILIDADE METODOLÓGICA	15
–4.4 ACESSIBILIDADE INSTRUMENTAL	15
–4.5 ACESSIBILIDADE PROGRAMÁTICA	16
–4.6 ACESSIBILIDADE ATITUDINAL	17
<b>5 ASSISTÊNCIA AO SURDO NA ÁREA DE SAÚDE COMO FATOR DE INCLUSÃO SOCIAL</b>	<b>18</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>

# 01 Introdução

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 278 milhões de pessoas no mundo possuem perda auditiva, de forma moderada a profunda, em ambos os ouvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, 23,9% da população possui algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), aproximadamente 45 milhões de pessoas. A deficiência auditiva ocorre em 5,1% da população brasileira, o que representa 9,7 milhões de pessoas.

Destas, dois milhões declararam possuir deficiência auditiva severa, ou seja, não conseguem ouvir de modo algum, são permanentemente incapazes de ouvir ou possuem grande dificuldade permanente de audição (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A deficiência é parte da condição humana. A maioria das pessoas, de forma temporária ou permanente, possuirá algum tipo de deficiência. Além disso, a melhoria da qualidade de vida dos países traz, como consequência, o aumento das taxas de envelhecimento, onde mais pessoas enfrentarão maiores dificuldades com relação a funcionalidade de seus corpos (OMS, 2008).

Com o passar do tempo, a deficiência mudou da perspectiva individual e médica, que enfatiza a dependência do indivíduo, considerando-o incapaz; para uma perspectiva estrutural e social, que atribui as desvantagens individuais e coletivas à incapacidade de reestruturação da sociedade (AMIRALIAN et al, 2000).

Segundo o modelo social, o ambiente tem grande impacto sobre a experiência e a extensão da deficiência. “Ambientes inacessíveis criam deficiências ao criarem barreiras à participação e inclusão” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Como, por exemplo, um ambiente com um indivíduo surdo sem intérprete de língua de sinais.

As pessoas com deficiência são cidadãos e possuem direitos e deveres garantidos por lei. Mas para que possam exercer seus direitos e deveres, tornam-se necessárias a realização de diversas ações visando minimizar ou eliminar as barreiras que impedem e/ou dificultam sua interação.

Na área da saúde não é diferente. Neste módulo, vamos identificar e conhecer algumas legislações, conceitos e ações de inclusão que permitem aos profissionais de saúde o exercício de suas práticas, visando à atenção da saúde das pessoas com deficiência

## 02 Acessibilidade, acesso e o sistema único de saúde (SUS)

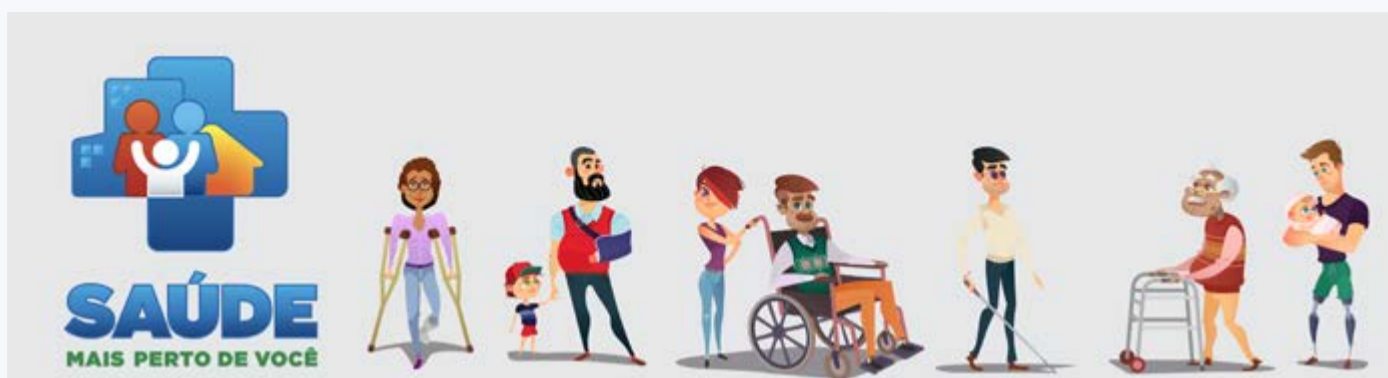
Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2007, em seu Artigo 9, refere-se à acessibilidade como a possibilidade das pessoas com deficiência viverem de forma independente e participarem plenamente de todos os aspectos da vida, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. No que diz respeito à saúde, a Convenção reconhece, em seu Artigo 25, que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência.

Ainda com relação à saúde, a Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua principal função é apresentar a necessidade de implementar respostas adequadas às questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2002).

A proposta do Sistema Único de Saúde está vinculada à ideia de que “todas as pessoas têm direito à saúde”, nesse sentido, o SUS busca uma sociedade sem discriminação, movida pelos valores de igualdade e equidade.

**Vamos pensar: será que todas as pessoas têm acesso total e facilitado aos serviços de saúde?**



Para que todas as pessoas com deficiência tenham acesso e utilizem os sistemas de saúde, são necessárias medidas direcionadas para efetivar a acessibilidade na atenção à saúde da pessoa com deficiência.

Ao considerar a saúde como “direito de todos e dever do estado”, a implementação de políticas de saúde deve ser concebida de acordo com as políticas do SUS, fundadas nos princípios da integralidade, universalidade e equidade. Estes três princípios são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Os princípios da integralidade, universalidade e equidade

Princípio	Definição
<b>Integralidade</b>	É entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).
<b>Universalidade</b>	Refere-se ao acesso aos serviços de saúde, as informações necessárias, a manutenção de um equilíbrio físico e mental saudável e as ações de promoção à saúde, quer sejam individuais ou coletivas (PONTES, 2009).
<b>Equidade</b>	“...admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade.” (PAIM; SILVA, 2010).
Fonte: autora	

No caso específico das pessoas surdas, a lei 10.436, de 24 de abril de 2002, reconhece oficialmente a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como a forma de

comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil (BRASIL, 2002a).

O decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, em seu art. 25, visa garantir o “direito à saúde das pessoas com deficiência auditiva no SUS e nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde [...] atenção integral a sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas”.

Destacam-se os itens IX e X:

IX- Atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de libras ou para sua tradução e interpretação;

X - Apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de libras e sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005).

Consideram-se profissionais da rede de serviços do SUS todos os indivíduos que trabalham nos serviços de saúde, tais como: atendentes de ambulatórios ou clínicas, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, profissionais de saúde treinados ou não, sujeitos ou não a regulamento público. (BIREME, 2018; BRASIL, 2002c).



## 2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

### 2.1.1 O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite

Em 2012 foi criado o Plano Viver sem Limite, que foca na ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência no SUS, criando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012).

O funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se fundamenta nas seguintes diretrizes:



- I - Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem suas próprias escolhas;**
- II - Promoção da equidade;**
- III - Promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;**
- IV - Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;**
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;**
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;**
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;**
- VIII - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;**
- IX - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;**

**X - Promoção de estratégias de educação permanente;**  
**XI - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;**  
**XII- Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).**



**Os objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são:**

**I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS;**  
**II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção;**  
**III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.**

# 03 O que são barreiras de acessibilidade?

Define-se barreira de acessibilidade como:

Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros (BRASIL, 2015).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU foi reconhecida pelo governo brasileiro a partir do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que define barreiras nas comunicações e na informação como:

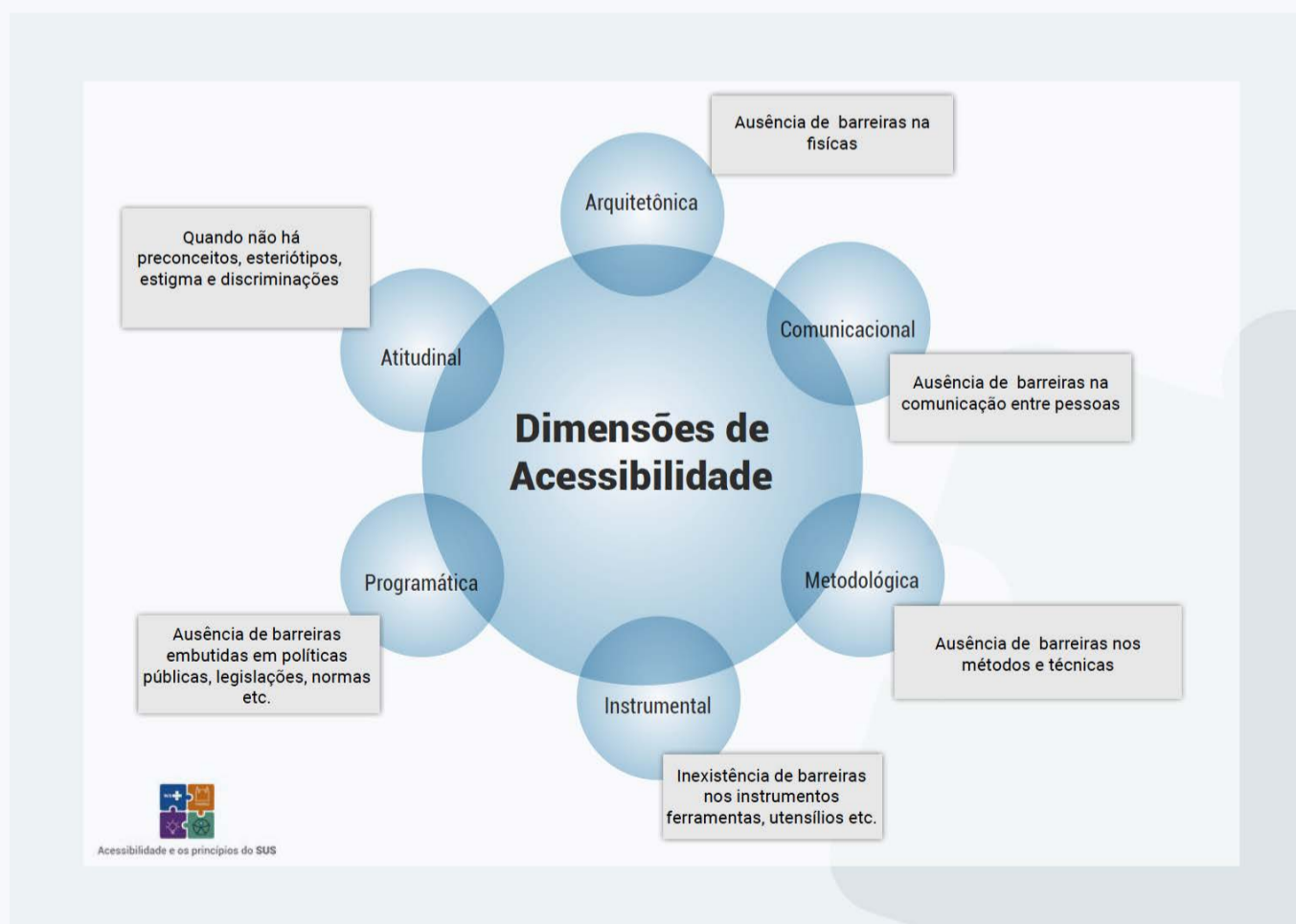
Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou recebimento de mensagens e informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação (BRASIL, 2009).

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, (BRASIL, 2000) estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. Em seu capítulo VII, Art. 17, determina que é de responsabilidade do poder público eliminar barreiras de comunicação e estabelecer meios técnicos alternativos para acessibilizar os sistemas de comunicação e sinalização às pessoas com deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação, para garantir-lhes o direito de acesso à informação, à comunicação.

***Você percebeu que a interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva das pessoas com deficiência na sociedade?***

# 04 Dimensões de acessibilidade

Romeu Kazumi Sasaki (2010), autor do livro “Inclusão - construindo uma sociedade para todos” aponta seis dimensões de acessibilidade a serem observadas em todos os ambientes onde qualquer pessoa, com ou sem deficiência, tem o direito de utilizar:



Fonte: autora

Todas as seis dimensões da acessibilidade são consideradas igualmente importantes e complementares entre si. Assim, torna-se fundamental que profissionais

de saúde busquem alternativas que visem o acesso ao serviço de saúde por todos, segundo a perspectiva da equidade.

A seguir, detalharemos as dimensões de acessibilidade e suas relações com a atenção à saúde das pessoas com deficiências, segundo recomendações da médica Luiza Santos Moreira Costa, registradas em seu livro “Inclusão no curso médico: Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Deficiência”.

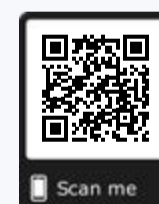
## 4.1 Acessibilidade arquitetônica

Está relacionada não apenas as barreiras físicas de acesso as instalações da unidade de saúde, mas também ao acesso ao serviço de saúde e ao mobiliário utilizado no atendimento dentro dos consultórios e salas de exames.

A acessibilidade arquitetônica deve estar contemplada desde a residência da pessoa com deficiência até o serviço de saúde, bem como a acessibilidade nos transportes públicos, possibilitando que pessoas idosas, cegas ou cadeirantes possam acessar o serviço de saúde com facilidade.

Já o serviço de saúde deve ser acessível, sem degraus, com espaço para circulação de cadeira de rodas, entre outras medidas de acessibilidade de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT ([http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_24.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf)), como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)).

Acesse o vídeo [sobre a dimensão arquitetônica](#), da médica Luiza Costa, e veja como esta dimensão interfere na atenção à saúde das pessoas com deficiência.



## 4.2 Acessibilidade comunicacional

Acessibilidade comunicacional prevê a ausência de barreiras na comunicação entre as pessoas, seja essa comunicação face a face, escrita, presente em jornais, livros, revistas, incluindo textos em braille, e virtual, através de computadores e celulares.

Durante o atendimento, o usuário dos serviços de saúde é uma valiosa fonte de informação para precisão do diagnóstico. Por isso, os profissionais de saúde devem estar aptos para se comunicar com seus pacientes, mesmo aqueles que não ouvem, que apresentam distúrbios da fala, e aqueles com analfabetismo funcional ou deficiência intelectual.

A surdez é uma deficiência que tem diferentes especificidades e não pode ser caracterizada somente pela falta de audição. Seus diferentes níveis e períodos evolutivos de perda auditiva influenciam no aprendizado da língua oral e nas diferentes formas de comunicação. Podemos classificar as especificidades nos seguintes pontos:

- pessoas que se comunicam em Libras e não são fluentes na Língua Portuguesa;
- pessoas que se comunicam em Libras e são fluentes na Língua Portuguesa;
- pessoas que se comunicam tanto em Libras quanto na Língua Portuguesa (através da realização de leitura labial);
- pessoas que não conhecem Libras e se comunicam através de leitura labial e/ou leitura e escrita;
- pessoas que não conhecem Libras nem a língua portuguesa, possuindo um vocabulário próprio utilizado com a família e amigos.

Assim, durante o atendimento de saúde a uma pessoa surda, deve-se identificar a forma de comunicação de sua preferência.

Importante frisar que, na presença de um intérprete da língua de sinais, o profissional de saúde deve manter contato visual com o paciente surdo e não com o intérprete.

Acesse [o vídeo sobre algumas barreiras de comunicação, da médica Luiza Costa](#), e conheça estratégias para superá-las.



## 4.3 Acessibilidade metodológica

A acessibilidade metodológica prevê a ausência de barreiras nos métodos e técnicas de estudo (escolar), de trabalho (profissional), de ação comunitária (social, cultural, artística etc.), de educação dos filhos (familiar).

No cuidado à saúde, cita-se como exemplo a realização da anamnese, na qual se deve evitar perguntas cujas respostas possam ser somente sim ou não. A ideia é fazer com que o usuário de saúde exponha seu atual estado de saúde.

Observaram que às vezes pequenos cuidados na atenção ao paciente com deficiência podem facilitar o atendimento?

Veja o [vídeo com alguns exemplos de acessibilidade metodológica](#), da médica Luiza Costa, e conheça alguns exemplos aplicados ao contexto da saúde.



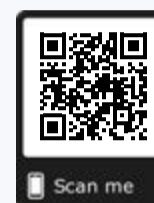
## 4.4 Acessibilidade instrumental

A acessibilidade instrumental é a ausência de barreiras nos instrumentos, utensílios e ferramentas de estudo (escolar), de trabalho (profissional), de lazer e recreação (comunitária, turística, esportiva etc.).

Assim, torna-se fundamental disponibilizar equipamentos para exame e tratamento acessíveis, como mamógrafos para mulheres que não ficam em pé e balanças para pesagem de cadeirantes.



Acesse o [vídeo sobre alguns exemplos práticos de acessibilidade instrumental](#), da médica Luiza Costa



## 4.5 Acessibilidade programática

A acessibilidade programática caracteriza-se como a ausência de barreiras presentes em políticas públicas (leis, decretos, portarias etc.), normas e regulamentos, sejam eles institucionais, empresariais etc.

Assim, normas e regulamentos elaborados pelos serviços de saúde devem garantir a acessibilidade das pessoas com deficiência.

[Assista os detalhes da acessibilidade programática](#), contados pela médica Luiza Costa.





## 4.6 Acessibilidade atitudinal

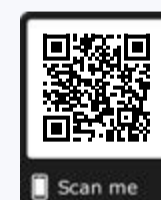
A acessibilidade atitudinal refere-se à ausência de preconceitos em relação às pessoas, por isso a importância de ações de conscientização para que seja possível conhecer as especificidades de cada deficiência.

Assim, torna-se importante conhecer algumas atitudes importantes durante o atendimento a pessoas com deficiências:

- Utilizar a terminologia correta ao se referir a pessoas com deficiência, por exemplo, pessoa com deficiência; pessoas surdas; cegos/pessoas cegas; cadeirantes; pessoas com nanismo; para ou tetraplégicas.
- Apertar a mão do paciente com próteses ou com limitação de movimentos de membros superiores.
- Quando o paciente for cego, informe-o quando entrar ou sair do consultório e quando for examiná-lo.

Acesse o [vídeo sobre acessibilidade atitudinal](#), da médica Luiza Costa, e veja como deve ser o atendimento a pacientes com deficiência.

A acessibilidade tecnológica não é uma dimensão específica, ela deve permear todas as seis dimensões de acessibilidade. A tecnologia pode ajudar e muito a superar barreiras de acessibilidade.



# 05 Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social

Diversas pesquisas nacionais e internacionais (MEADOR; ZAZOVE, 2005; CHAVEIRO, et al. 2010; SANTOS, 2015, FOLKINS, et al. 2005) apontam que a comunicação entre surdos e profissionais de saúde que desconhecem a língua de sinais resulta, na maioria das vezes, em consequências negativas no atendimento a essa população, gerando angústia por parte dos profissionais de saúde e incompreensão dos questionamentos ou orientações recebidas pelos pacientes surdos. “Essas falhas na comunicação acontecem desde o atendimento inicial pela atendente do ambulatório, passando pela triagem na enfermaria, no contato com o médico e na realização de exames”. (CHAVEIRO, et al. 2010; BARNETT; FRANKS, 2002; DAVIES; CHANNON, 2004).

Chaveiro e Barbosa (2005), em pesquisa realizada com vinte alunos surdos em uma escola em Goiânia, observaram que a relação entre profissional da saúde e usuário surdo precisa ser melhorada. “Para os surdos, o atendimento digno é atingido quando são compreendidos em suas necessidades, efetivando a inclusão na saúde”.

Quando a comunicação é estabelecida, aumentam as possibilidades de realização de um atendimento humanizado, respeitando e valorizando as diferenças e, conseqüentemente, promovendo a melhora da qualidade da assistência em saúde, conforme relatado por uma pessoa surda. “Agora está tudo melhor, uma surda minha amiga deu-me um cartão de uma médica ginecologista que sabe LIBRAS, tudo ficou mais fácil e muito melhor, a comunicação foi estabelecida, não tenho mais dúvidas”. (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005, p.420).

No entanto, quando a comunicação não é estabelecida, pode causar graves conseqüências no atendimento, conforme relato a seguir:

Tive apendicite (...). Meu esposo também é surdo, (...). No primeiro hospital que fui deram-me remédio e falaram que podia voltar para casa, que não era nada sério. A dor só aumentava, procuramos outro

hospital, não conseguiram nos entender, aplicaram uma injeção (...). Já não suportava de tanta dor, foi quando chegou em casa nossos amigos, um casal de surdos, eles tinham carro, fomos buscar uma sobrinha minha, ouvinte, para ir junto ao hospital, só assim recebi atendimento. Fui operada, o apêndice supurou. Fiquei internada nove dias, ninguém pôde ficar comigo, estava sozinha, os profissionais do hospital não sabiam conversar comigo, passei mal, chorei, tudo sozinha (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005, p.421).

Conforme constatado, a comunicação é fator essencial para o estabelecimento da relação dos profissionais de saúde com o usuário do sistema de saúde.

# 06 Conclusão

Nesse módulo, foram apresentados os conceitos de acessibilidade e suas relações com o Sistema único de Saúde a partir da perspectiva do sujeito. Também aprendemos algumas práticas inclusivas que buscam viabilizar o acesso da pessoa com deficiência nas diferentes esferas da atenção à saúde.

Para garantir o acesso a todos, é fundamental que as unidades de saúde (mobiliário, equipamentos, espaço físico) estejam adaptadas e os profissionais de saúde capacitados para garantir o direito à saúde das pessoas com deficiência.

Ao estudarmos sobre as diferentes dimensões da acessibilidade, aprendemos o quão é importante conhecer mais sobre as diferentes deficiências e suas especificidades. Assim, por exemplo, podemos eliminar as barreiras atitudinais, que são atitudes de preconceito a respeito das necessidades e potencialidades das pessoas com deficiência.

Com relação ao SUS, observamos avanços voltados à assistência às pessoas com deficiência, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e o princípio da equidade como norteador. De acordo com o médico e doutor em saúde pública, Jairnilson Paim, o princípio da equidade age como um instrumento para concretização da justiça ao reconhecer, para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial.

Por isso, a importância da eliminação das barreiras de acessibilidade visando o acesso para todos, de modo que possam desfrutar de uma vida de qualidade, sem exclusões.

## Referências

AMIRALIAN, M. et al. The concept of disability. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, 1 fev. 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 9050 - **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_24.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

BARNETTS.;FRANKSP. Health care utilization and adults who are deaf: relationship with age at onset of deafness. **Health Serv. Res.**, v.37, n.1, p.105-120. 2002.

BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde - DECS, 2018**. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://trigramas.bireme.br/cgi-bin/mx/cgi=@1?collection=DeCSp&maxrel=10&minsim=0.30&text=Pessoal> de Saúde. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. **Decreto 5.626 de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

BRASIL. **Decreto nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo. Brasília, 2009. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Acesso em: 24 out 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011** - Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm). Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. **Lei 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil. 2002a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm). Acesso em: 18.09.2018.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Lei N° 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria de Educação Especial, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HUMANIZASUS**: cartilha da Política Nacional de Humanização - caderno de textos. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/99423/Protocolo\\_facultativo\\_Convencao\\_direito\\_pessoas\\_deficiencia\\_2008.pdf?sequence=4](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/99423/Protocolo_facultativo_Convencao_direito_pessoas_deficiencia_2008.pdf?sequence=4). Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabela da CBO - 2002**. Rio de Janeiro: DATASUS, 2002c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/CBO%202002.htm>. Acesso em: 24 out 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência – Plano viver sem limite. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm). Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à saúde auditiva. Brasília: Ministério da saúde, 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073\\_28\\_09\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html). Acesso em: 24 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Aprova a Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm). Acesso em: 24 abr. 2017.



BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 8080, de 19 de set. de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 24 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Viver sem Limite**. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2013. Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_55.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_55.pdf). Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Capacitação em Acessibilidade**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_72.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_72.pdf). Acesso em: jun.2017.

CHAVEIRO, N. et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a Língua de Sinais, na perspectiva dos profissionais da saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.15, n.4, p.639-45. 2010.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.39, n.4, p.417-422. 2005.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M.A.; PORTO, C.C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.42, n.3, p.578-583. 2008.

COSTA, L.S. M. **Inclusão no curso médico: atenção integral à saúde das pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: HP Comunicação Editora, 2015. Disponível em: [http://www.uff.br/sites/default/files/informes/livro\\_1\\_com\\_codigo\\_de\\_barras.pdf](http://www.uff.br/sites/default/files/informes/livro_1_com_codigo_de_barras.pdf). Acesso em: 15 jun. 2017.

COSTA, L.S.M. et al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Rev. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v.7, n.3, p.166-170. 2009.

DAVIES, M.; CHANNON, B. Deaf patients in the medical imaging department – a qualitative study. **J. Diagnos. Radiography and Imaging**, v.5, n.2, p.99- 106. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1460472804000069>

FOLKINS, A. S. et al. Improving the Deaf community's access to prostate and testicular cancer information: a survey study. **BMC public health**. v.6, n.5, p.63. 2005. DOI: 10.1186/1471-2458-5-63

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010: dados referentes à Deficiência**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/calendarioresul.php>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MEADOR, H.; ZAZOVE, P. Health care interactions with deaf culture. **J Am Board Fam Pract**. v.18, n. 3, p.218-222. 2005. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.3.218>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. Disponível em: [https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9788564047020\\_por.pdf](https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9788564047020_por.pdf). Acesso em: 11 ago. 2018

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS Bol Inst Saúde**. V. 12, n.2, p.9-14. ago. 2010.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A. M. T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.500-507. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>. Acesso em: 15. set. 2018.

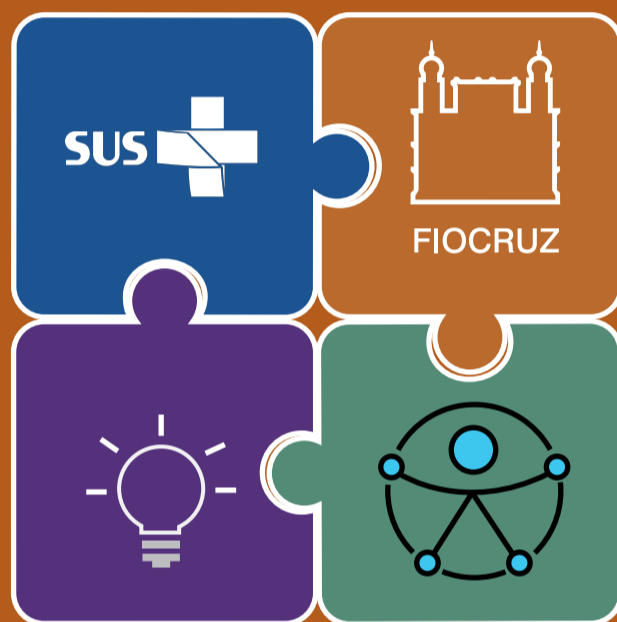
SANTOS, P. R. A. Percepção da equipe de saúde, discentes e usuários sobre a comunicação com indivíduos surdos na atenção primária. 2015. 50f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SASSAKI, R. K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 8. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2010.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro\\_internacional\\_saude/documentos/textos\\_referencia/07\\_principios\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em: 24 out 2018. (Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of deafness and hearing impairment**. Disponível em: [http://www.who.int/pbd/deafness/en/survey\\_countries.gif](http://www.who.int/pbd/deafness/en/survey_countries.gif). Acesso em: 12 out. 2008.





## Acessibilidade e os princípios do SUS