

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ANÁPOLIS-GO SOBRE A PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIAS NAS POPULAÇÕES ADSCRITAS

KNOWLEDGE OF PROFESSIONALS OF BASIC HEALTH UNITS ON THE PREVALENCE OF DISABILITIES IN ADSCRIPT POPULATIONS

Ana Paula Moreira Reis^{1*}, Frederico de Souza Jaime¹, Felipe Jorge de Souza¹, Glenda Caroline Oliveira Ferreira¹, Thaís Maia Fernandes¹, Vanessa Cristina de Sousa Machado¹, Victor Clarindo Nominato Ribeiro², Júlia Maria Rodrigues de Oliveira¹.

1. Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis- GO- Brasil.
2. Universidade de Cuiabá UNIC, Cuiabá-MT-Brasil.
3. Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis-GO-Brasil.

Resumo

Objetivo: Identificar o conhecimento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre a prevalência de deficiências física, auditiva e visual nas populações adscritas entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal quantitativo com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde no município de Anápolis- GO. **Resultados:** Observou-se que 40% dos deficientes atendidos nas UBS em Anápolis em 2015 apresentavam deficiência visual, seguido pelos deficientes físicos (36%) e auditivos (24%). Quanto aos recursos de infraestrutura adaptados ao atendimento do deficiente, observou-se que 60% das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas possuem rampas de acesso, 26% possuem sanitários adaptados, 17% têm piso tátil, 5%, consultórios adaptados e 2%, cadeira do dentista adaptada. **Conclusão:** Concluiu-se que os profissionais das unidades não conhecem verdadeiramente a prevalência de pessoas com deficiência em suas áreas de cobertura.

Palavras-chave:

Pessoas com deficiência.
Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

Objectives: To identify the knowledge of professionals from Basic Health Units on the prevalence of physical, hearing and visual disability in populations included/enrolled between January 2013 and December 2014. **Methods:** A quantitative cross-sectional study was carried out with the professionals of the Basic Health Units In the municipality of Anápolis- GO. **Results:** It was observed that 40% of disabled persons attending the UBS in Anápolis in 2015 had visual impairment, followed by physically disabled (36%) and hearing disabled (24%). As for infrastructure resources adapted to service the handicapped, it has been observed that 60% of Basic Health Unities surveyed have ramps, 26% have adapted toilets, 17% have tactile floors, 5% adapted offices and 2%, the adjusted dental chair. **Conclusion:** It was concluded that the professionals units do not really know the prevalence of people with disabilities in their coverage areas.

Keyword:

Disabled Persons.
Primary Health Care. Health Services
Accessibility.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Ana Paula Moreira Reis¹, e-mail: anapaula_mreis@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), define deficiência como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda”.¹ Os dados sobre deficiências no Brasil indicam que, até a última década do século XX, o país ressentia-se da inexistência de dados oficiais sobre a população com deficiência. Os estudos, as pesquisas e os projetos voltados para essa população tomavam como referência a estimativa da OMS segundo a qual 10% da população de um país, em tempos de paz, possuem algum tipo de deficiência.²

O censo demográfico realizado em 2010 mostra que 23,9% da população residente no Brasil apresentava pelo menos um tipo de deficiência: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da deficiência variou de acordo com sua natureza. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da auditiva, em 5,1% e da mental ou intelectual, em 1,4%.^{3,4} A visão é uma das principais fontes de estímulo ao desenvolvimento físico e cognitivo a partir dos primeiros momentos de vida, e sua importância individual e coletiva pode ser avaliada. Nos países em desenvolvimento, 30 a 72% da cegueira infantil são evitáveis, 9 a 58% são preveníveis e 14 a 31% são tratáveis.⁵ A triagem é uma avaliação rápida e eficaz para detectar as patologias da audição, e têm como objetivo não somente a detecção precoce de problemas auditivos, e sim a realização do tratamento o quanto antes. O diagnóstico precoce em crianças é altamente desejável, preferencialmente nos primeiros seis meses de vida, sendo que após esta idade, os prejuízos são inaceitáveis para o desenvolvimento da criança e sua relação com a família.⁶

Foi organizada uma Política Pública de Saúde no Brasil, a qual visa à proteção do indivíduo portador de deficiência, denominada de “Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de deficiência” e tem como propósito reabilitar tal

indivíduo na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social –proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.^{7,8}

O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.^{9,10} A integração vista como uma forma de tratamento pode ser compreendida, grosseiramente, de duas maneiras: criar condições para o deficiente participar das principais atividades de que as pessoas comuns participam, permitindo-lhe o exercício pleno da cidadania; e levar o indivíduo a funcionar plenamente dentro das condições de limitação que possa apresentar em decorrência de alguma patologia de que é portador.^{11,12}

Os deveres da Unidade Básica de Saúde da Família compreendem: controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição, detecção precoce de fatores de riscos (controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo), bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência; ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portadores de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas e estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação.^{13,14} Sendo assim, os objetivos do presente trabalho são identificar o conhecimento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre a prevalência de deficiências física, auditiva e visual nas populações adscritas entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte transversal quantitativo com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde no município de Anápolis, sobre a prevalência de deficiências física,

auditiva e visual nas populações adscritas entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014.

Profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, que atuam nas UBS do município da Anápolis, independente do tempo de que estes profissionais estiverem formados, estando a trabalhar na UBS a, no mínimo, três meses foram considerados elegíveis e convidados a participar do estudo.

Mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado um instrumento de coleta de dados contendo dados referentes a UBS, equipe, gênero, idade, tempo de trabalho na UBS, tempo de formado (a), profissão, número de deficientes auditivos, número de deficientes visuais, número de deficientes físicos, conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Física do Ministério da Saúde, se já atendeu pessoas portadoras de deficiência física, se há pessoas com deficiência em algum programa da UBS, se a unidade faz busca ativa desta população, a disponibilidade da realização de capacitação para o atendimento das pessoas com deficiência, se já participou de algum curso da secretaria de saúde sobre o tema, se na UBS está disponível meios de acessibilidade para as pessoas portadoras de deficiência.

Não foi realizado processo de amostragem, pois todos estes profissionais foram incluídos. Definiu-se a realização de um senso, uma vez que, por se tratar do tamanho da amostra de referência inferior ou igual a 250 indivíduos recomenda-se, por razões de natureza estatística, que todos os participantes da pesquisa sejam examinados.¹⁵

A população do estudo foi composta 32 profissionais sendo 4 médicos e 28 enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do município de Anápolis e que estavam disponíveis para a realização da pesquisa no momento da coleta de dados.

Foi solicitada à prefeitura de Anápolis, o acesso aos consolidados das Fichas A de todas as UBS do município entre o período de janeiro de 2013 à dezembro de 2014, os dados usados para fins de comparação dos resultados foram referentes

à prevalência das deficiências relatadas pelos profissionais com as descritas nas Fichas A das Unidades.

Após estar de posse dos instrumentos de coleta de dados devidamente respondidos, foi feita a tabulação de dados e informações através de planilhas do Excel e depois foram tratados e transformados em gráficos e discussões dissertativas para interpretação e análise dos resultados obtidos. Todos os dados coletados foram analisados pelo programa SPSS. Os resultados estão expostos em forma de frequência relativa e absoluta.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis- CEP/ UniEVANGÉLICA sob o protocolo 37938514.2.0000.5076.

RESULTADOS

Diante da aplicação dos instrumentos de pesquisas aos profissionais da área de saúde conforme proposto, foram colhidos 32 questionários, sendo que apenas 4(12,5%) médicos responderam e o restante, 28 (87,5%) enfermeiros.

As UBS-Unidades Básicas de Saúde pesquisadas foram: Jardim das Oliveiras, João Luiz de Oliveira, Santa Maria de Nazareth, Interlândia e Suzânia, Adriana Parque, Boa Vista São Carlos, Jardim Petrópolis, Nova vila Itamaraty, Jardim das Américas, Jardim Alvorada, Arco Verde Setor Sul, Alexandrina, Vila Formosa, Boa Vista Santa Isabel, Santo Antônio, Calixtolândia, Jardim Suíço, São José, Maracanãzinho, Fabril, Bandeiras, Munir Calixto, Vila Esperança, Dom Manoel, Joanópolis e Recanto do Sol, totalizando 27 equipes de trabalho, as quais atendem uma população adscrita, conforme consolidado da Secretaria Municipal de Saúde de 2014, de 713 pacientes deficientes visuais, auditivos e físicos.

A maioria dos profissionais em enfermagem já trabalham na UBS há mais de 10 anos consecutivos, (59%), seguidos daqueles que já prestam serviços entre 5 a 10 anos (22%) e finalmente, os mais recentemente empregados com 19% do total, contando entre 1 a 5 anos de

serviços prestados. Tais dados podem ser observados no (Gráfico 1).

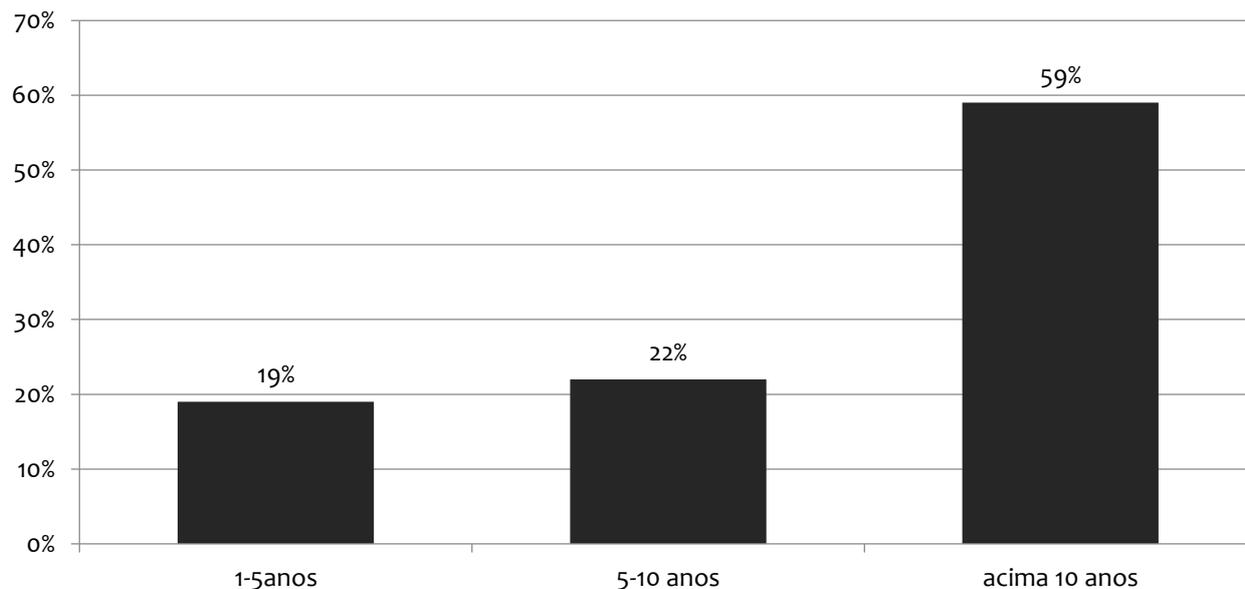


Gráfico 1- Tempo de trabalho dos profissionais em UBS - Anápolis-GO

De acordo com as informações obtidas nesta pesquisa, foi possível a elaboração do parâmetro consolidado da seguinte forma exposta na (Tabela 1), a qual mostra o número de deficientes adscritos em cada UBS nos anos de 2013 e 2014, bem como sua porcentagem em cima do total da população adscrita. Sendo o Consolidado de 2014 com dados obtidos através das fichas A, instrumento de coleta aplicado por agentes comunitários de saúde em visitas

domiciliares. E os questionários aplicados em 2015 respondidos por enfermeiros e médicos nas UBS sobre o atendimento aos deficientes físicos, visual e auditivo referentes aos anos descritos acima.

O gráfico a seguir mostra a distribuição das UBS de Anápolis-GO, em relação ao comparativo Consolidado 2014/Pesquisa 2015 (Gráfico 2).

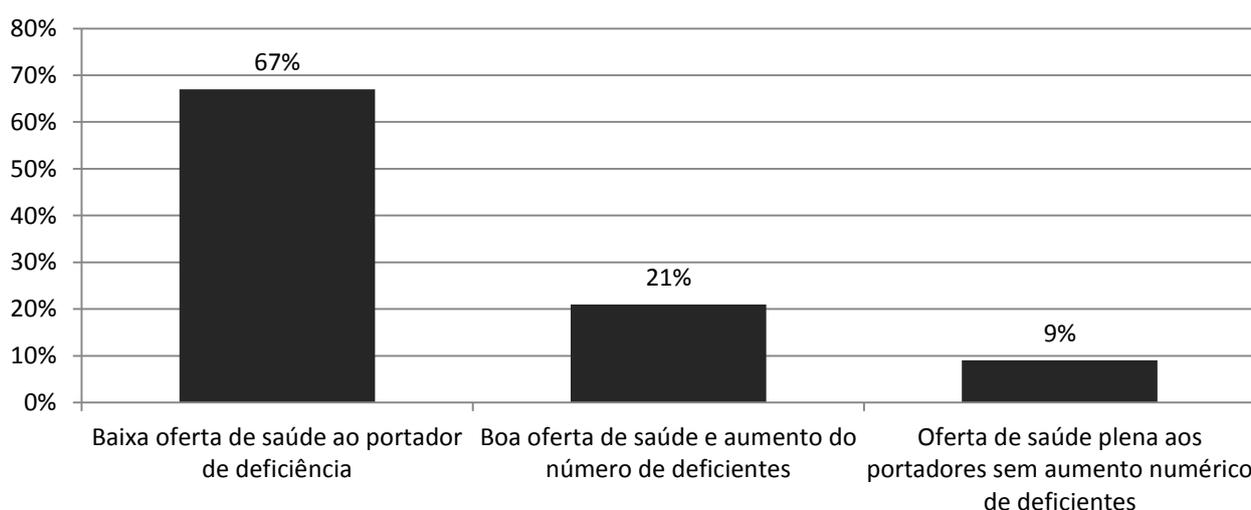


GRÁFICO 2- Distribuição das UBS- Anápolis-GO, em relação ao comparativo Consolidado 2015

Observou-se que 40% dos deficientes atendidos nas UBS em Anápolis em 2015 apresentavam

deficiência visual, seguido pelos deficientes físicos (36%) e auditivos (24%). Quanto aos

recursos de infraestrutura adaptados ao atendimento do deficiente, observou-se que 60% das UBS pesquisadas possuem rampas de

acesso, 26% possuem sanitários adaptados, 17% têm piso tátil, 5%, consultórios adaptados e 2%,

Tabela 1: Comparativo entre Consolidado Fichas A de 2014 e Consolidado da pesquisa 2015.

UBS	EQUIPE	Nº DEFICIENTES	% POP.	Nº DEFICIENTES	% POP.	% DIFERENÇA Nº
		CONSOLIDADO- 2014	ADSCRITA	QUESTIONÁRIOS- 2015	ADSCRITA	DEFICIENTES (2014-2015)
Jardim das Oliveiras	53	8	0,48	3	0,18	-62,5
João Luiz de Oliveira	52	13	0,95	30	2,19	30,7
Santa Maria de Nazareth	43	26	0,26	18	0,18	-30,7
Interlândia Souzaânia	49	28	1,16	16	0,66	-42,8
Adriana Parque	23	29	0,54	7	0,13	-75,8
Boa Vista São Carlos	45	9	0,34	12	0,45	33,3
Jardim Petrópolis	42	20	0,4	5	0,1	-75
Jardim Das Américas	32	5	0,16	9	0,28	80
Nova Vila-Itamaraty	40	14	0,31	14	0,31	0
Jardim Alvorada	30	44	1,01	78	1,79	77,2
Alexandrina	27	21	0,45	6	0,12	-42,8
Vila Formosa	25	39	0,96	25	0,61	-35,8

DISCUSSÃO

Observou-se uma falta de interatividade de informações sobre o atendimento geral das unidades, principalmente no que se refere à assistência específica a pacientes portadores de deficiências. Um estudo realizado por Vargas et al. em 2014, mostraram que a fragmentação entre a atuação de profissionais intra e inter institucionalmente se deve a crise universal dos sistemas de saúde, que foram planejados e desenvolvidos com a ideia de continuidade de uma atuação voltada para a resolução de eventos agudos desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas.¹⁶

Entre os médicos entrevistados neste estudo, somente um conseguiu responder quantos eram os pacientes atendidos de acordo com as deficiências e como seria a captação dos mesmos para a assistência médica e de enfermagem. Nota-se que os profissionais mais recentemente resolutos aos cargos não estão aptos a observação e ciência das estatísticas da demanda nas unidades de saúde.

De acordo com Silva e colaboradores, o tempo de trabalho do profissional em uma UBS tende a elevar o conhecimento de estatística que venha corroborar com a demanda e oferta de serviços de saúde a comunidade, mas também, descredibiliza sua importância dentro do sistema institucional, o que gerará a desqualificação adversa nos resultados finais de sua atuação enquanto profissional, através do acúmulo de estresse, desmotivação, falta de reconhecimento e salários inadequados.¹⁷ No serviço de saúde anapolino, há pouca rotatividade de enfermeiros entre as UBS, o que promove a possibilidade de se realizar uma estatística sobre a realidade de cada setor.

Pode-se perceber que 67% das UBS apresentam significativo distanciamento entre o número de deficientes que recebem oferta de serviços dentro da unidade básica de saúde, incluindo cuidados extra unidade (visitas médicas domiciliares e visita de enfermeiras), e àqueles que deveriam estar incluídos dentro da oferta de saúde, baseando-se na quantidade de deficientes que existem no consolidado de 2014

e na quantidade de deficientes que as UBS verdadeiramente atendem. Dentre essas, seis unidades distanciam-se negativamente da oferta de saúde/número de deficientes na área adscrita, com mais de sessenta por cento do número de portadores de necessidades especiais estar desconhecido por parte dos serviços dos médicos e enfermeiras da atenção primária.

A falta de informação e interesse pelo conhecimento in loco da UBS pode ser justificado pela falta de estrutura administrativa e física para o desenvolvimento do trabalho específico de assistência, chegando a faltar até formulários para assentamento dos dados e informações dos pacientes atendidos. Estudos mostram que essa situação só será revertida se a UBS passar a credibilizar uma gestão participativa, onde todos os profissionais e a equipe multiprofissional venha realmente ver os resultados dos seus esforços através da satisfação da comunidade atendida. Já pode se demonstrar em outras pesquisas que muitos profissionais não entendem o termo reabilitação, e acreditam que o mesmo só deva ser feito por um serviço específico, não cabendo aos mesmos tal serviço.¹⁶

Em direções opostas temos 21% das UBS com um aumento, tanto no conhecimento dos profissionais de saúde sobre o montante de deficientes físicos na área adscrita, mas também um aumento no número de deficientes em comparação ao Consolidado de 2014.

Segundo a pesquisa o número total de deficientes visuais, físico e auditivos se totalizou, a partir dos dados obtidos pelos entrevistados, em 544. Mas, segundo o Consolidado de 2014 o total de deficientes é de 713, o que contabiliza um decréscimo estatístico de 24%. Nota-se que houve maior atendimento a deficientes visuais com 40% de prevalência e outros com 36%, sendo que os deficientes auditivos tiveram uma participação de 24% nesta estatística.

Esses dados corroboram com o que os enfermeiros e médicos informaram no que se refere ao atendimento a deficientes nas UBS, pois somente uma minoria informou que a

unidade não tem cobertura da área deste público alvo. Em relação ao atendimento ao deficiente físico em outros programas de saúde, observou-se que 75% das unidades possuem pacientes com deficiência incluídos em HIPERDIA, saúde do idoso, saúde do homem e a saúde da mulher, e o restante (25%) informaram que não atendem deficientes em outros programas de saúde. Segundo Ministério da Saúde, em 2008, o serviço de atenção básica deve estar qualificado para desenvolver ações de prevenção primária e secundária como, por exemplo, controle de gestante de alto risco, atenção a desnutrição, detecção precoce de fatores de risco como por exemplo controle da pressão arterial e tabagismo, bem como intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência.⁷ No entanto, os profissionais não conhecerem sobre a política, não seguem nenhum tipo de protocolo ou atendimento especial aos deficientes, onde deviriam ser englobados em todos os tipos de programas realizados, visto que os deficientes devem ser vistos como um todo e não como um modelo hegemônico e voltado apenas ao tratamento de suas deficiências.

Apenas 40% dos profissionais entrevistados realizam busca ativa, em conjunto com a equipe de saúde, de pessoas com risco a deficiências por meio de palestras e outras ações informativas em saúde. Os motivos relatados foram: falta de capacitação, falta de profissionais disponíveis ou falta de infraestrutura.

Apenas 15% do total dos profissionais entrevistados relataram ter feito alguma capacitação realizada pela Secretaria de Saúde de Anápolis para atender pacientes portadores de alguma deficiência física, auditiva ou visual. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência de 2008, os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento promovido tanto pelo nível federal, quanto estadual e municipal, que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção

específica e encaminhamento adequado das pessoas portadoras de deficiência.⁷

Constatou-se também que a maioria não possui infraestrutura adequada para o acesso livre ao serviço de saúde nas UBS. Viu-se que as únicas adaptações existentes em todas as UBS pesquisadas são as rampas de acesso (60%), e sanitários adaptados (26%). Segundo a norma brasileira 9050/94 formatizada pela ABNT, define acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano.¹⁸ Portanto, as UBS não estão não propiciam padrões e critérios que ofereçam condições adequadas e seguras para concretização dessa possibilidade.

A maioria das UBS não conta com nenhum profissional preparado para se comunicar com os mudos e surdos. Somente 3 profissionais foram encontrados nas UBS de Anápolis com tal capacitação: 01 agente comunitário de saúde, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 enfermeira. Sendo que estes tiveram motivações pessoais para incluírem-se na comunicação silenciosa dos pacientes portadores de deficiências auditivas. Souza e Porrozi demonstram a importância da formação em Libras para os profissionais de saúde, citando experiências de cidades que oferecem esse tipo de capacitação para seus profissionais.¹⁹ Portanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para garantir um atendimento digno e qualidade de saúde aos deficientes.²⁰

Segundo a lei sancionada pela Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa de Deficiência (CORDE), a Lei 10.436/02, a Língua Libras é um meio legal de comunicação e expressão da pessoa surda e estabelece seu uso nos sistemas educacionais federal, estaduais e municipais e recomenda o seu uso e disseminação nas instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde. Contudo, percebe-se que escolas e instituições de saúde não a estão incorporando como parte fundamental do ensino para a inclusão dos deficientes na sociedade. Ainda, obteve-se que apenas 25% de todos os entrevistados conhecem a Política

Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Sendo assim, a maior parte dos profissionais de saúde não conhecem os direitos que os deficientes possuem pautadas dentro dessa política.

As unidades em sua totalidade possuem apenas rampas de acesso e algumas possuem cadeiras do dentista adaptadas, demonstrando que os deficientes possuem grandes dificuldades para serem atendidos- visto que a atenção primária deva ser referência como porta de entrada do SUS. Sem acessibilidade, é inviável que o portador de deficiência consiga exercer sua cidadania de forma digna e com autonomia, dependendo muitas vezes de terceiros. Isso faz com que procurem como porta de entrada o setor secundário ou terciário, onde existam funcionários capacitados e estrutura que promova acesso.

Entende-se ainda que os profissionais de saúde não estejam em conformidade com a interação da rotina da unidade de saúde em que trabalham, pois a maioria não conhece a demanda do setor e público alvo, possivelmente devido à comunicação ineficiente das equipes multiprofissionais. No caso dos médicos, o que pode verificar é que, a falta de conhecimento da unidade de saúde corrobora com a estadia na unidade que é reduzida ao máximo, sendo que dificilmente venha a ultrapassar 3 meses consecutivos.

Conclui-se que as unidades não conheçam verdadeiramente quantas pessoas com deficiência existam em suas áreas de cobertura pois ao comparar as fichas A com a quantidade de deficientes que os profissionais acreditam que existiam, houve uma grande discrepância.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em

- estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(8):1773-82.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
 11. Amaral LA. Mercado de trabalho e deficiência. *Rev Educ Espec*. 1994;1(2):127-36.
 12. Januzzi S.M. Oficina obrigada e a "interação do "deficiente mental". *Rev Educ Espec*. 1992;1(1):51-63.
 13. Brasil. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens*. Niterói: Ministério da Justiça, 2004.
 14. Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física, doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(5):309-316.
 15. Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
 16. Vargas MAO, Ferrazzo S, Schoeller SD, Drago LC, Ramos FRS. Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6): 526-32.
 17. Cruz, DMCC, Silva JT, Alvez HC. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. *Rev Bras Educ Espec*. 2007;13(1):131-46.
 18. Brasil. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Sustentável. *Projeto Calçada Acessível*. Seropédica: SMPDS, 2012. 45 p.
 19. Souza MT, Porrozzi R. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. *Rev Prax*. 2009;1(2):43-46.
 2. Maciel MRC. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo Perspec*. 2000;14(2): 51-56.
 20. Othero MB, Damalso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Comunic Saude Educ*. 2009;13(28):177-88.
 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114 p.
 4. FEBRABAN. *População com deficiência no Brasil: fatos e percepções*. São Paulo; 2006.
 5. Aguiar ASC, Cardoso MVLML, Lucio IML. Teste do Reflexo Vermelho: forma de prevenção à cegueira na infância. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):541-45.
 6. Moreia ARP, Ramos DCBL, Santos IC. Teste da Orelhinha- O que é? *Rev. Latu&Sensu*. 2001;2(3-4):90-92.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 38 p.
 8. França ISX, Pagliuca LMF. Inclusão social da Pessoa com Deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):178-85.
 9. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo Demográfico -Características Gerais da População, Religião, e Pessoas com Deficiência*. Rio de Janeiro:Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. 211 p.