



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA
PRÓ - REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

KEVERSSON ROCHA XAVIER

**CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL:
CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

**REDENÇÃO, CE
2025**

KEVERSSON ROCHA XAVIER

CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL:
CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia AfroBrasileira (UNILAB), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem no Cenário dos Países Lusófonos.

Linha de Pesquisa: Práticas do Cuidado em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira.

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Kariane Gomes Cezario Roscoche.

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Xavier, Keversson Rocha.

X3c

Cuidado pré-natal a mulheres com deficiência visual: conhecimento, atitudes e práticas de enfermeiros na atenção primária / Keversson Rocha Xavier. - Redenção, 2025.
0f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2025.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira.
Coorientador: Profa. Dra. Kariane Gomes Cezario Roscoche.

1. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 2. Saúde da pessoa com deficiência. 3. Cuidado pré-natal. 4. Atenção primária à saúde. 5. Enfermagem. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 613.07

KEVERSSON ROCHA XAVIER

CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL:
CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA.

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico
em Enfermagem da Universidade da Integração
Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito
para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: ___ / ___ /20 ___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira
(Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)

Profa. Dra. Kariane Gomes Cezario Roscoche
(Coorientadora)

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Prof(a). Dr(a). Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi
(Membro Interno ao Programa)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)

Prof. Dr. Márcio Flávio Moura de Araújo
(Membro Interno ao Programa)

Fundação Oswaldo Cruz

Prof(a). Dr(a). Stella Maia Barbosa
(Membro Externo ao Programa)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força, sabedoria e coragem concedidas ao longo dessa jornada. Foi na fé e na confiança em Seus planos que encontrei o sustento necessário para não desistir diante dos desafios.

Ao meu esposo, Dimas, meu companheiro de todas as horas, pelo amor, paciência, incentivo constante e compreensão durante as noites mal dormidas, as ausências e os momentos de ansiedade. Sem você, essa conquista não teria o mesmo significado.

À minha mãe, exemplo de dedicação e resiliência, que sempre acreditou em mim, mesmo quando eu mesmo duvidei. Obrigado por ser meu alicerce e por me ensinar o valor do esforço e da educação.

À minha orientadora, Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, por toda a orientação técnica e apoio acadêmico ao longo desse processo. Seu compromisso e dedicação foram fundamentais para o amadurecimento do meu trabalho e da minha trajetória como pesquisador.

À Profa. Dra. Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi, que com sua palavra acolhedora e incentivo em um momento de profunda dúvida e fragilidade, me ajudou a continuar quando pensei em desistir. Sua generosidade teve um impacto decisivo neste percurso.

Às minhas colegas de trabalho, Sulamita, Tília e Maria Eduarda, pelo apoio incondicional nas minhas ausências autorizadas, por “segurarem as pontas” com tanto carinho e companheirismo. Sou imensamente grato por cada gesto de parceria e compreensão.

Aos amigos que construí ao longo do programa de mestrado, pela troca de saberes, pelas conversas que aliviaram o peso da caminhada e por fazerem parte de uma experiência que levarei para sempre comigo.

Aos colegas do grupo de pesquisa e extensão "Promoção da Saúde no Cenário dos Países Lusófonos", pelo grande apoio na coleta de dados e pela parceria comprometida, que foram essenciais para a realização desta pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa, contribuindo de forma decisiva para o desenvolvimento deste trabalho e para a consolidação da minha formação acadêmica, com a aprovação do edital 21 – chamada: Transdisciplinares.

A todos e todas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação, deixo aqui o meu mais sincero e emocionado agradecimento.

“A educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.”
(Paulo Freire)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde representa a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo fundamental para a promoção de um cuidado contínuo e integral, especialmente durante o pré-natal. No entanto, mulheres com deficiência visual ainda enfrentam significativas barreiras de acesso, ocasionadas por falhas estruturais, comunicacionais e atitudinais. Este estudo teve como objetivo investigar o conhecimento, atitudes e práticas dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde acerca do cuidado pré-natal a mulheres com deficiência visual. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem quantitativa, realizada com 116 enfermeiros atuantes em municípios do Maciço de Baturité, Ceará. Para coleta de dados, utilizou-se um instrumento validado de Conhecimento, Atitude e Prática, analisado por meio de estatísticas descritivas e inferenciais, com suporte dos softwares JAMOVI e JASPER. Também foram incluídas análises qualitativas a partir de questões abertas, processadas à luz do método de Colaizzi. Os resultados apontaram para lacunas importantes no conhecimento e na prática dos profissionais, especialmente quanto à comunicação adequada e estratégias inclusivas. A maioria dos participantes nunca realizou atendimento pré-natal com gestantes com deficiência visual, embora demonstrassem atitudes favoráveis e reconhecessem a importância da acessibilidade. A etapa qualitativa revelou que os profissionais valorizam a comunicação acessível, o uso de recursos sensoriais e a promoção da autonomia dessas gestantes, destacando estratégias como descrição do ambiente, uso do toque e linguagem clara. Contudo, ainda persistem percepções capacitistas e dúvidas sobre condutas específicas, especialmente entre enfermeiros com menor tempo de atuação na APS. O estudo evidencia a necessidade de capacitação permanente e inclusão de conteúdos específicos sobre deficiência visual na formação em enfermagem, além de fomentar políticas públicas que garantam equidade no cuidado à mulher com deficiência. A adoção de práticas humanizadas, embasadas nos princípios da equidade, inclusão e integralidade, é essencial para promover um pré-natal efetivo e respeitoso. Os achados reforçam o papel estratégico do enfermeiro na construção de um Sistema Único de Saúde mais acessível e inclusivo, além de indicarem o potencial do instrumento como ferramenta avaliativa e formativa para qualificar o cuidado em contextos de vulnerabilidade.

Descritores: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Saúde da Pessoa com Deficiência; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the main entry point to Brazil's Unified Health System (SUS), playing a fundamental role in providing continuous and comprehensive care, particularly during prenatal care. However, women with visual impairments still face significant access barriers due to structural, communicational, and attitudinal shortcomings. This study aimed to investigate the knowledge, attitudes, and practices of PHC nurses regarding prenatal care for women with visual impairments. This is an exploratory-descriptive research study with a quantitative approach, conducted with 116 nurses working in municipalities within the Maciço de Baturité region, in Ceará, Brazil. Data were collected using a validated Knowledge, Attitude and Practice (KAP) questionnaire and analyzed through descriptive and inferential statistics using the JAMOVI and JASPER software. Qualitative analysis of open-ended responses was also performed using Colaizzi's method. The results revealed significant gaps in the professionals' knowledge and practices, especially regarding appropriate communication and inclusive strategies. Most participants had never provided prenatal care to blind pregnant women, although they demonstrated favorable attitudes and recognized the importance of accessibility. The qualitative data highlighted the value placed on accessible communication, the use of sensory resources, and the promotion of autonomy among visually impaired pregnant women. Strategies such as environmental description, tactile interaction, and clear language were frequently mentioned. Nonetheless, ableist perceptions and uncertainty regarding specific care practices still persist, particularly among nurses with less experience in PHC. The study underscores the need for continuous professional training and the inclusion of disability-related content in nursing education. It also calls for public policies that ensure equity in healthcare for women with disabilities. The adoption of humanized practices, based on the principles of equity, inclusion, and comprehensiveness, is essential to promoting effective and respectful prenatal care. The findings highlight the strategic role of nurses in building a more accessible and inclusive SUS, and demonstrate the potential of the KAP tool as both an evaluative and formative instrument to improve care in vulnerable contexts.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health of the Disabled Persons; Prenatal Care; Primary Health Care; Nursing.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
PNSPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PNH	Política Nacional de Humanização
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ADS	Área Descentralizada de Saúde
JAMOV	Software de estatística utilizado na análise
SNS	Serviço Nacional de Saúde (Portugal)
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias temáticas emergentes das entrevistas sobre inclusão em educação em saúde.....	61
Quadro 2	Categorias temáticas emergentes das entrevistas sobre estratégias de comunicação eficaz.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização do conhecimento dos enfermeiros – questões 6 a 13 do instrumento CAP.....	50
Tabela 4	Caracterização das atitudes dos enfermeiros – questões 16 a 26 do instrumento CAP.....	55
Tabela 5	Tempo de atuação x respostas “Não sei” em atitudes – teste de Mann-Whitney.....	57
Tabela 6	Associação entre presença de mulheres cegas no território e respostas “Não sei”.....	58
Tabela 7	Práticas dos enfermeiros na consulta de pré-natal com mulheres com deficiência visual.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Evolução histórica dos cuidados primários e a APS	19
3.2 Situação das pessoas com deficiência nos países lusófonos	22
3.3 Critérios CAP e relação com o cuidado de enfermagem	26
4 MÉTODO	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Local e período do estudo	29
4.3 População	30
4.4 Coleta de dados	30
4.5 Instrumento de coleta	31
4.6 Análise de dados	32
4.7 Aspectos éticos	32
5 RESULTADOS	34
5.1 Análise quantitativa	34
5.2 Análise qualitativa	46
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	78

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estruturada para ofertar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Esse modelo de atenção é pautado na longitudinalidade do cuidado, na integralidade das ações e na coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2012). A Estratégia Saúde da Família (ESF), como principal modelo de organização da APS no Brasil, visa ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente das populações mais vulneráveis, promovendo um cuidado integral e contínuo ao longo do tempo (Leite et al., 2016).

No contexto da saúde da mulher, a APS desempenha papel fundamental na assistência pré-natal, sendo o enfermeiro um dos principais profissionais envolvidos nesse cuidado. O pré-natal é um momento estratégico para a identificação precoce de agravos, orientações sobre autocuidado e fortalecimento do vínculo entre gestante e equipe de saúde (Carneiro, 2019). O enfermeiro, nesse processo, atua não apenas na assistência direta, mas também na educação em saúde, no acolhimento e na humanização do cuidado, sendo peça-chave para a garantia de um atendimento qualificado e equitativo (Santos; Silva, 2021).

Entretanto, mulheres com deficiência visual ainda enfrentam barreiras significativas no acesso a esse cuidado. Essas barreiras incluem desde a inadequação das estruturas físicas dos serviços até a ausência de materiais educativos acessíveis e a falta de preparo dos profissionais de saúde para atender às suas necessidades específicas (Dantas, 2019). A deficiência visual, quando aliada às questões de gênero, agrava as desigualdades e invisibiliza essas mulheres no sistema de saúde, especialmente no período da gestação, que demanda atenção redobrada e práticas assistenciais sensíveis à sua condição (Lindsay, 2018).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, a população com deficiência no Brasil foi estimada em 17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade, o que corresponde a 8,4% da população. Entre essas pessoas, 12,8% eram mulheres e 4,9% homens, sendo a prevalência maior entre os idosos, atingindo 33,3% entre aqueles com 60 anos ou mais (IBGE, 2019). Ainda segundo o IBGE, mais de 6,5 milhões de pessoas

no país apresentam algum grau de deficiência visual, das quais uma proporção expressiva são mulheres em idade reprodutiva, o que torna ainda mais urgente a discussão sobre a adequação dos serviços de saúde a essa demanda (IBGE, 2019).

A invisibilidade dessa população está associada à sua baixa representatividade nos bancos de dados e ao reduzido enfoque nas políticas públicas de saúde voltadas para a maternidade inclusiva (Santana, 2021). A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), nº 13.146, de 2015, estabelece direitos e diretrizes para garantir a acessibilidade e inclusão plena das pessoas com deficiência em todas as esferas da sociedade, inclusive no campo da saúde (Brasil, 2015). Contudo, a efetividade da LBI depende da implementação de estratégias que tornem os serviços acessíveis, considerando aspectos físicos, comunicacionais, informacionais e atitudinais.

A acessibilidade, nesse contexto, transcende a eliminação de barreiras arquitetônicas, envolvendo também a adoção de recursos de comunicação alternativa, como o uso de materiais em braile, áudios explicativos e apoio de tecnologias assistivas que possibilitem atenção mais efetiva e humanizada (Lacerda, 2022). Além disso, é essencial reconhecer as potencialidades das mulheres com deficiência visual, que frequentemente desenvolvem habilidades sensoriais, comunicacionais e cognitivas compensatórias, podendo vivenciar a maternidade de maneira plena quando devidamente apoiadas (Lacerda, 2022).

A atuação do enfermeiro junto a essas gestantes requer sensibilidade, preparo técnico e compromisso ético com os princípios da equidade e da integralidade do cuidado. Estudos apontam que o uso de estratégias educativas adaptadas e o fortalecimento do vínculo com a gestante são fundamentais para a promoção do autocuidado, da autonomia e da segurança durante o pré-natal, o parto e o puerpério (Santos; Silva, 2021). Além disso, cabe ao enfermeiro desenvolver protocolos assistenciais inclusivos e capacitar as equipes multiprofissionais para que estejam aptas a oferecer atendimento humanizado e centrado na paciente (Oliveira et al., 2020).

No entanto, a formação dos profissionais de enfermagem no Brasil ainda apresenta lacunas significativas quanto à preparação para o atendimento a pessoas com deficiência, especialmente no que se refere à comunicação e ao acolhimento humanizado (Santana, 2021). Esse déficit na formação compromete a qualidade do cuidado e contribui para a manutenção das desigualdades em saúde. Assim, é fundamental que a formação

em enfermagem incorpore conteúdos que promovam atitudes inclusivas e habilidades de comunicação eficazes, além de competências clínicas.

A literatura também aponta que mulheres com deficiência visual, especialmente na gestação, tendem a ter seus direitos reprodutivos negligenciados, sendo, muitas vezes, alvos de preconceito e infantilização por parte dos profissionais de saúde (Bezerra, 2020). Para mitigar esse cenário, é necessário adotar metodologias que permitam identificar e corrigir falhas na prática profissional. A abordagem de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) surge como ferramenta estratégica nesse processo, permitindo avaliar o nível de preparo dos profissionais para lidar com determinadas condições e populações (Valente, 2014; Bhandari, 2017).

A aplicação do instrumento CAP entre enfermeiros que atuam no atendimento pré-natal representa oportunidade para identificar lacunas, reforçar conhecimentos, ajustar atitudes e promover práticas mais inclusivas. Essa ferramenta oferece um meio estruturado e validado para avaliar e aprimorar os três pilares fundamentais da prática profissional (Melo, 2021). Com base nos resultados obtidos, é possível desenvolver intervenções educativas, como workshops e oficinas de sensibilização, voltadas à promoção de competências inclusivas.

Neste contexto, o presente estudo busca compreender como o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros influenciam o cuidado prestado às gestantes com deficiência visual na Atenção Primária à Saúde. A investigação se propõe a contribuir para o fortalecimento da assistência pré-natal inclusiva, equitativa e centrada nas necessidades dessas mulheres, visando garantir sua plena inserção no processo gestacional e a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantis. Para alcançar esse objetivo, foi construído e validado, em conteúdo e semântica, o Instrumento CAP, que auxiliará no processo de avaliação e aprimoramento das práticas profissionais nesse contexto (Luzia, 2024).

É importante reiterar que a elaboração e aplicação do Instrumento CAP supracitado integram proposta aprovada em fomento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que visa incentivar pesquisas voltadas à promoção da equidade em saúde e ao fortalecimento das práticas inclusivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Esse apoio institucional reforça a relevância social e acadêmica do presente estudo, ao contribuir para a geração de evidências que possam

subsidiar políticas públicas e qualificar a assistência prestada às mulheres com deficiência visual.

Desta forma, a presente investigação busca responder à seguinte pergunta norteadora: quais os conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao cuidado pré-natal de mulheres com deficiência visual?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar o conhecimento, atitude e prática de enfermeiros da Atenção Primária sobre o cuidado pré-natal a mulheres com deficiência visual.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Maciço de Baturité.
- Verificar a aplicabilidade do instrumento CAP como ferramenta avaliativa das práticas de cuidados de enfermagem junto às gestantes com deficiência visual.
- Avaliar a associação entre o tempo de atuação dos enfermeiros na Atenção Primária e o nível de conhecimento, atitude e prática relacionados ao cuidado de gestantes com deficiência visual.
- Identificar estratégias comunicacionais e educativas acessíveis utilizadas ou sugeridas por enfermeiros para garantir um cuidado inclusivo durante o pré-natal de mulheres com deficiência visual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Evolução histórica dos cuidados primários e a Atenção Primária à Saúde no Brasil: políticas e a atuação do enfermeiro no cuidado pré-natal.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (atual Cazaquistão) em 1978, marcou historicamente o debate global contra a hegemonia da prática médica e a inacessibilidade de parcela significativa dos serviços de saúde à população, especialmente em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Neste evento, reafirmou-se a saúde como um direito fundamental do ser humano, uma responsabilidade política dos governos, e reconheceu-se sua natureza intersetorial. Além disso, a conferência destacou a importância dos cuidados primários de saúde, definindo-os como "cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, disponíveis universalmente para indivíduos e famílias na comunidade, com sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas as fases de seu desenvolvimento" (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 15).

Essas discussões influenciaram o contexto brasileiro e deram base ao Movimento da Reforma Sanitária no país, como resposta ao movimento preventivo liberal americano e à sua versão racionalizada proposta pelo Estado. Inicialmente, o Movimento Sanitário brasileiro enfrentou forte oposição dos regimes autoritários, mas gradualmente se consolidou como força política articulada em torno de propostas contestatórias a esse regime. Nos primeiros anos do movimento, houve ênfase na ocupação dos espaços institucionais e na busca pela implementação de diretrizes transformadoras no sistema de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Como resultado desse processo histórico e político, consolidou-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, que representa a materialização das propostas defendidas pela Reforma Sanitária. O SUS é hoje um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A universalidade assegura que todos os cidadãos brasileiros tenham direito ao acesso gratuito aos serviços de saúde, independentemente de qualquer fator social, econômico ou geográfico (Brasil, 1988).

A integralidade, por sua vez, garante que os serviços oferecidos possam abranger todas as necessidades de saúde da população, desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação (Pereira; Mendes, 2020). Por fim, a equidade visa reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, priorizando aqueles que mais necessitam, conforme a distribuição justa dos recursos (Giovanella et al., 2019).

Além desses princípios, o SUS é regido por diretrizes que orientam a sua operacionalização, como a descentralização, a participação social e a regionalização. A descentralização visa transferir a gestão e a execução dos serviços de saúde para estados e municípios, promovendo administração mais próxima das realidades e necessidades locais. A participação social garante o controle social por meio dos conselhos e conferências de saúde, e a regionalização organiza a oferta de serviços em redes de atenção articuladas no território (Brasil, 2023).

A participação social, materializada pelos Conselhos e Conferências de Saúde, assegura que a população tenha voz ativa na formulação, fiscalização e avaliação das políticas de saúde (Carvalho; Santos, 2018).

A regionalização, por outro lado, organiza a oferta de serviços de forma articulada entre os diferentes níveis de governo, otimizando os recursos e ampliando o acesso da população aos serviços de saúde (Vieira; Gomes, 2021). Esses princípios e diretrizes são essenciais para garantir um sistema de saúde mais justo, eficiente e capaz de atender às demandas de saúde da população brasileira.

Um sistema com tais características tem como base e acesso prioritário a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada do SUS. Os pilares fundamentais desse nível de atenção incluem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade da atenção que compreende tanto a garantia dos níveis secundário e terciário quanto a ampliação do conceito de saúde e a coordenação do cuidado por meio da APS. Esses atributos são essenciais para a organização de sistemas de saúde mais eficientes, equitativos e centrados nas necessidades das pessoas (Brasil, 2022; Opas, 2020).

A Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) é um marco relevante na estruturação e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Este arcabouço normativo estabelece diretrizes e metas para a organização dos serviços de saúde direcionados à Atenção Primária, com o intuito de promover integralidade, resolutividade

e qualidade no atendimento à população. Uma das principais alterações introduzidas pela PNAB de 2017 foi a reconfiguração das equipes de saúde da família e de Atenção Primária, dando ênfase à composição multiprofissional e à valorização das atribuições dos agentes comunitários de saúde e dos profissionais da saúde familiar (Brasil, 2017).

Ademais, a PNAB também ressalta a relevância da territorialização e responsabilização dos serviços de saúde, fomentando maior integração entre os distintos níveis de atenção à saúde e entre os serviços de saúde e a comunidade. Por meio da expansão do acesso aos serviços de saúde, da promoção da equidade e do incentivo à participação social, a PNAB busca consolidar a Atenção Primária como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de constituir-se como estratégia primordial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Brasil, 2017).

Outro referencial relevante para a presente reflexão é a Política Nacional de Humanização (PNH), uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa qualificar a gestão e o cuidado no SUS, promovendo a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde. A PNH tem como objetivo fortalecer os princípios do SUS, tornando os serviços mais acolhedores, resolutivos e inclusivos. Seus fundamentos incluem o acolhimento com escuta qualificada, a ampliação do diálogo entre os sujeitos, o estímulo ao trabalho em equipe interdisciplinar e a promoção da equidade no acesso e na qualidade do cuidado (Brasil, 2018).

Uma das estratégias-chave da Política Nacional de Humanização é a qualificação da atenção à saúde, que envolve a implementação de práticas que visam melhorar a qualidade do atendimento e a experiência dos usuários nos serviços de saúde. Isso inclui a promoção de ações de educação permanente para os profissionais de saúde, o estímulo à participação dos usuários na gestão dos serviços e a valorização do trabalho em equipe multidisciplinar (Brasil, 2018).

Além disso, a PNH também enfatiza a importância da comunicação e informação na relação entre profissionais de saúde e usuários. Isso inclui a promoção de comunicação clara e transparente, o uso de linguagem acessível e a disponibilização de informações sobre os direitos dos usuários e os serviços disponíveis no SUS. Essas medidas visam fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais de saúde e garantir assistência mais humanizada e centrada no indivíduo (Brasil, 2018).

Isso implica reconhecer que a afetividade nas interações entre profissionais de saúde, usuários e comunidade considerando seus contextos sociais, culturais e territoriais é fundamental para a construção de redes socioafetivas e colaborativas. A formação de vínculos sólidos entre os sujeitos do cuidado contribui para o fortalecimento da corresponsabilidade, da governança participativa e da busca por justiça social no sistema de saúde. Ao mesmo tempo, o respeito mútuo favorece a organização de redes sociotécnicas, onde normas, protocolos e fluxos são mais eficazes por estarem ancorados no diálogo e na confiança. Na prática, isso se traduz na valorização da escuta, da negociação de saberes e da participação ativa dos usuários no processo terapêutico, indo além da prescrição de condutas, e promovendo um cuidado mais resolutivo, inclusivo e humanizado (Brasil, 2018; Paim, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem se consolidado como um importante instrumento de transformação nas práticas de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ao incorporar esses princípios nas suas diretrizes operacionais. Este modelo assistencial não se limita à dimensão curativa, mas prioriza a integralidade do cuidado, a abordagem dos determinantes sociais da saúde, a prevenção de agravos e a promoção da saúde e da qualidade de vida. Nesse cenário, os enfermeiros assumem papel estratégico na implementação da APS, promovendo atendimento mais holístico, centrado nas necessidades dos usuários e comprometido com a humanização e a equidade (Matumoto, 2022).

Conforme Matumoto (2022), a prática do enfermeiro na APS brasileira é compreendida como prática social, ou seja, prática que surge a partir das necessidades sociais de saúde em um determinado momento histórico. Esta prática se constitui e se transforma na dinâmica das relações com outras práticas sociais que compõem o cenário do SUS. Isso significa que os enfermeiros adaptam suas intervenções de acordo com as demandas emergentes e as características específicas das comunidades em que atuam, colaborando com outras profissões e setores para garantir abordagem integrada e eficaz na promoção da saúde.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a atuação do enfermeiro é de fundamental importância, especialmente no acompanhamento do pré-natal. Esses profissionais desempenham um papel central na promoção de uma gestação saudável, oferecendo suporte contínuo às gestantes por meio de consultas regulares, orientações

sobre hábitos de vida saudáveis e monitoramento de sinais vitais e indicadores de saúde materna e fetal. De acordo com Silva e Oliveira (2022), a presença do enfermeiro no cuidado pré-natal contribui significativamente para a detecção precoce de possíveis complicações, possibilitando intervenções oportunas e eficazes que resultam em melhores desfechos para mãe e bebê. Além disso, o trabalho educativo realizado pelo enfermeiro fortalece o conhecimento das gestantes sobre os cuidados necessários durante a gravidez, favorecendo a adesão às orientações médicas e criando ambiente mais seguro e propício ao desenvolvimento saudável do feto.

A atuação do enfermeiro no pré-natal também inclui o desenvolvimento de vínculo de confiança com as gestantes, o que facilita a comunicação e a adesão ao plano de cuidados. Conforme Matos e Almeida (2023) essa relação de confiança é crucial para o enfrentamento de questões emocionais e sociais que possam surgir durante a gravidez. Os enfermeiros estão capacitados para identificar sinais de depressão pré-natal e outras condições psicológicas, oferecendo suporte necessário ou encaminhando para outros profissionais de saúde quando necessário. Esse cuidado integral e humanizado não só melhora a experiência da gestante durante o pré-natal, mas também contribui para a redução de complicações durante o parto e o pós-parto, evidenciando a importância de acompanhamento contínuo e qualificado.

3.2 Situação das Pessoas com Deficiência nos Países Lusófonos e Prática do Cuidado em Enfermagem.

A trajetória histórica das pessoas com deficiência é caracterizada por luta constante contra adversidades geradas por barreiras atitudinais, econômicas e tecnológicas. Desde tempos antigos, registra-se a existência de práticas de exclusão social e, em alguns casos, de extermínio desses indivíduos. Na sociedade romana, por exemplo, crianças com deficiência eram privadas do direito à vida, sendo muitas vezes sacrificadas em rituais religiosos (Pereira; Saraiva, 2017).

Durante a Idade Média, predominava a crença de que a deficiência era consequência de pecados, atribuídos tanto aos pais quanto aos próprios indivíduos, especialmente quando a condição surgia ao longo da vida. Acreditava-se que a redenção para essa "penalidade divina" poderia ser alcançada por meio da caridade ou da penitência religiosa. Essa visão contribuiu para o surgimento de instituições beneficentes,

sustentadas por doações, onde pessoas com deficiência eram frequentemente isoladas do convívio social (Pereira; Saraiva, 2017).

Na modernidade e ao longo do século XX, o reconhecimento dos direitos das Pessoas com Deficiência (PcD) foi um processo complexo e em constante evolução. Durante esse período, houve mudança significativa na percepção e abordagem das deficiências, impulsionada por movimentos sociais, avanços científicos e mudanças legislativas. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU em 2006, representou um marco importante, reafirmando os direitos fundamentais das PcD e promovendo abordagem baseada em direitos humanos. No entanto, mesmo com esses avanços, as PcD continuam a enfrentar desafios significativos, incluindo barreiras de acesso, discriminação e falta de oportunidades. Nesse contexto, as políticas públicas e os esforços da sociedade civil desempenham papel crucial na promoção da inclusão e na garantia da igualdade de direitos para todas as PcD (Organização das Nações Unidas, 2006).

Diante desse cenário de desigualdade e vulnerabilidade, o Brasil instituiu em 2008 a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), como estratégia para ampliar o acesso e garantir a integralidade da atenção à saúde desse público no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSPD estabelece diretrizes que visam à promoção da qualidade de vida, à prevenção de agravos e à reabilitação da pessoa com deficiência, reconhecendo a diversidade das deficiências e a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção. A política também enfatiza a importância da formação e capacitação dos profissionais de saúde, bem como da eliminação de barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais nos serviços (Brasil, 2008).

Complementando esse marco normativo, foi sancionada em 2015 a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Essa legislação reforça os princípios da equidade, do respeito à dignidade e da autonomia da pessoa com deficiência, promovendo sua inclusão plena em todas as esferas sociais, incluindo o acesso universal à saúde. A LBI determina que o atendimento nos serviços de saúde deve ocorrer de forma humanizada, acessível e livre de discriminação, com garantia de acessibilidade comunicacional, instrumental e estrutural. Além disso, institui como dever do Estado a

implementação de políticas públicas intersetoriais que assegurem a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência (Brasil, 2015).

A saúde é um direito humano fundamental; no entanto, parcela significativa da população global ainda enfrenta privações nesse aspecto, decorrentes das desigualdades sociais. No continente africano, onde se concentram a maioria dos países lusófonos, como Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe, milhões de pessoas vive em condições de miséria e privação das condições mínimas para uma vida digna. Essas pessoas ocupam espaços extremamente insalubres, tanto em áreas urbanas quanto rurais, e têm acesso limitado ou inexistente a serviços e profissionais de saúde (Lapão; Dussault, 2020).

A situação de vulnerabilidade social e/ou econômica é ainda mais grave para a população com deficiência nesses países africanos. Elas enfrentam, em sua maioria, baixos níveis de escolaridade, escassez de alimentos, moradia precária e falta de saneamento. Este grupo é composto principalmente por mulheres, idosos, crianças e adultos pobres. Infelizmente, essas pessoas muitas vezes não conseguem acessar os cuidados de saúde necessários, devido à falta de sistemas públicos de saúde que garantam seu acesso. Cerca de metade da população com deficiência não tem condições de pagar por qualquer tipo de serviço de saúde (Whoafro, 2020).

Ainda nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), podemos observar diferentes abordagens em relação ao cuidado e acesso à saúde para as Pessoas com Deficiência (PcD). Em Angola, por exemplo, a Lei Nº 10/16 estabelece as normas gerais de acessibilidade e direito à saúde para esse grupo. Essas normas enfatizam que a acessibilidade é elemento fundamental para promover a saúde e qualidade de vida das PcD, destacando a eliminação de barreiras como essencial para garantir seus direitos e melhorias em suas condições (Angola, 2016).

Em Portugal, a população com deficiência representa parcela significativa da sociedade, estimando-se que cerca de 18% das pessoas tenham algum tipo de limitação funcional. Dentre essas, as dificuldades de mobilidade, visão e audição são as mais prevalentes. O país conta com políticas estruturadas de inclusão e acessibilidade, integradas ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), que tem avançado na prestação de cuidados a esse grupo populacional. O SNS português apresenta progressos nos campos da eficiência, qualidade e acesso, oferecendo atendimento especializado, reabilitação e

suporte multidisciplinar às pessoas com deficiência (Portugal, 2018; Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Em contrapartida, Moçambique enfrenta grandes desafios relacionados à inclusão e cuidado das pessoas com deficiência. Dados do Censo de 2017 revelam que aproximadamente 2,6% da população moçambicana vive com algum tipo de deficiência, o que representa mais de 600 mil pessoas. Essas pessoas enfrentam diversas barreiras, incluindo a limitada acessibilidade aos serviços de saúde, educação e infraestrutura, além da escassez de políticas públicas efetivas de inclusão. A precariedade do saneamento básico, com apenas 32% da população tendo acesso a esses serviços, e o acesso restrito à água potável, disponível para apenas 43%, agravam ainda mais as condições de saúde e vida dessa população vulnerável (Instituto Nacional de Estatística de Moçambique, 2017; Patrão; Raposo, 2011).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil tem desempenhado papel de destaque como um dos principais promotores da cooperação técnica internacional, especialmente no campo da saúde. Uma das linhas prioritárias dessa cooperação é a relação estabelecida com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Em 2002, o país inaugurou sua primeira experiência com a distribuição de medicamentos antirretrovirais (ARVs) produzidos por laboratórios públicos brasileiros, juntamente com a capacitação de profissionais para o manejo clínico e a gestão da oferta desses medicamentos. Atualmente, a cooperação em saúde dentro da CPLP continua sendo uma área de foco, com esforços para ampliá-la em diferentes contextos, apesar dos desafios econômicos enfrentados pelo Brasil e mudanças na gestão ministerial nos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores (Queiroz, 2018).

A atenção voltada para as pessoas com deficiência desempenha papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar desse grupo. Reconhecer suas necessidades específicas e os desafios que enfrentam é essencial para adaptar as intervenções de saúde de forma adequada. Investir em políticas e programas direcionados a essa população não apenas melhora sua qualidade de vida, mas também contribui para a redução das desigualdades em saúde. A inclusão das pessoas com deficiência em iniciativas de promoção da saúde não apenas reforça sua autonomia e participação na sociedade, mas também promove ambiente mais inclusivo e equitativo para todos (Pereira; Saraiva, 2017).

Nesse contexto, para mitigar as dificuldades associadas à inclusão, é imperativo refletir sobre o conceito de deficiência e os direitos humanos relacionados à igualdade, com ênfase no processo de inclusão social e promoção da saúde. Sob essa ótica, o enfermeiro desempenha papel crucial, fomentando práticas inclusivas na sociedade, e tal engajamento deve ser disseminado globalmente (Almeida; Lopes, 2019).

3.3 Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática (CAP) e sua relação com as práticas do cuidado em Enfermagem.

A abordagem de pesquisa conhecida como conhecimento, atitude e prática (CAP) emprega questionário para avaliar de maneira quantitativa “esses aspectos”, resultando em diagnóstico educacional da comunidade. Aqui, o termo conhecimento diz respeito à compreensão; atitude refere-se aos sentimentos; e prática aborda os comportamentos (Freire, 2019).

Uma explanação mais detalhada sobre os conceitos de conhecimento, atitude e prática revela suas características distintivas. O conhecimento, primeiramente, refere-se à habilidade de lembrar fatos específicos ou adquirir habilidades com a finalidade de aplicá-los na resolução de problemas ou elaboração de conceitos embasados na compreensão adquirida sobre determinado evento. Este aspecto está intrinsecamente relacionado ao domínio cognitivo, abarcando a compreensão e processamento de informações (Oliveira, 2020).

Por sua vez, a atitude abrange gama de aspectos que incluem opiniões, sentimentos, predisposições, valores e crenças, os quais uma pessoa mantém de maneira relativamente constante e os direciona a um objetivo, pessoa ou situação específica. Essas disposições estão intimamente ligadas ao domínio afetivo, moldando a maneira como uma pessoa se relaciona com o mundo ao seu redor e influenciando suas escolhas e interações (Oliveira, 2019).

Por fim, a prática diz respeito à habilidade de tomar decisões para a execução de uma ação específica. Este aspecto está predominantemente relacionado ao domínio psicomotor, envolvendo a capacidade física e motora para desempenhar determinadas atividades ou tarefas de forma eficiente e eficaz (Oliveira, 2019).

Portanto, o método de pesquisa CAP pressupõe que a formação de comportamentos saudáveis tem sua origem na obtenção de conhecimento científico, o qual influencia a adoção de atitudes favoráveis e a prática de hábitos adequados para a saúde. Essa abordagem fundamenta-se na teoria de que as pessoas agem conforme seus valores e crenças, destacando-se como um dos métodos de pesquisa quantitativa mais empregados no campo da saúde (Oliveira, 2021).

Experiência com o critério CAP na saúde podem ser descritos e percebe-se que o resultado deste processo é positivo para futuras intervenções serem fomentadas. Um estudo realizado por Smith et al. (2018) investigou o emprego do critério de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) entre enfermeiros, focalizando a prática de higiene das mãos em ambientes hospitalares. Os resultados evidenciaram a importância de não apenas avaliar o conhecimento, mas também a atitude e prática dos profissionais, visando assegurar a conformidade com as diretrizes de segurança do paciente.

Em âmbito nacional, pesquisa conduzida por Santos e colaboradores (2020) abordou o conhecimento, as atitudes e práticas dos enfermeiros em relação ao manejo da dor em pacientes oncológicos. Os resultados destacaram a necessidade de intervenções educacionais para aprimorar a abordagem multidimensional da dor por parte dos profissionais de Enfermagem.

Estudo liderado por Silva et al. (2019) investigou o CAP entre enfermeiros no que se refere à prevenção de Lesão por pressão em unidades de cuidados intensivos. Esta pesquisa ressaltou a importância de estratégias educacionais contínuas para garantir práticas embasadas em evidências e mitigar as ocorrências de lesões relacionadas à pressão.

Ou seja, percebe-se como o critério CAP pode identificar e analisar pontos essenciais para prática de Enfermagem real e efetiva e futuras intervenções podem ser elaboradas no intuito de auxiliar e fomentar para que o conhecimento, a atitude e a prática desses profissionais sejam cada vez mais realizadas de forma atual e com excelência.

Para a coleta de dados nesta pesquisa, será utilizado o instrumento CAP – Conhecimento, Atitude e Práticas de Cuidados no Pré-natal de Mulheres com Deficiência Visual, elaborado e validado por Luzia (2024). O instrumento foi concebido com o objetivo de investigar, de forma estruturada, as experiências e percepções de mulheres com deficiência visual sobre o cuidado recebido durante o pré-natal, abrangendo

dimensões essenciais como o conhecimento sobre a gestação, o acesso aos serviços de saúde e as práticas de cuidado adotadas. A construção do CAP seguiu rigorosos critérios metodológicos, sendo submetido à validação por especialistas da área de saúde e inclusão, o que assegurou sua adequação quanto ao conteúdo, clareza, relevância e representatividade dos itens abordados.

O instrumento apresenta-se como ferramenta inovadora e sensível às especificidades desse público, destacando-se por sua linguagem acessível e estrutura adaptada à realidade das mulheres com deficiência visual. Sua aplicação visa promover o reconhecimento das barreiras enfrentadas por essas mulheres no âmbito do pré-natal, contribuindo para o aprimoramento das práticas profissionais e das políticas públicas de saúde. Ao adotar o CAP nesta pesquisa, busca-se não apenas levantar dados relevantes sobre o cuidado pré-natal inclusivo, mas também reafirmar a importância de instrumentos validados que considerem as singularidades e os direitos das pessoas com deficiência no contexto da atenção primária à saúde (Luzia, 2024).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Pesquisa exploratória-descritiva com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Essa abordagem permite exploração aprofundada da realidade, buscando identificar suas características, mudanças e regularidades (HAIR et al., 2019).

4.2 Local e período do Estudo

O estudo foi realizado no Estado do Ceará, uma das 27 unidades federativas do Brasil, situado na região Nordeste, cuja capital é a cidade de Fortaleza (Figura 1). Especificamente, a coleta de dados ocorreu na região do Maciço de Baturité, também localizada no Ceará, abrangendo os seguintes treze municípios: Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Pacoti, Palmácia, Redenção e Ocara.

Figura 1. Mapa do Brasil com destaque para o Estado do Ceará e Maciço de Baturité.



A coleta de dados foi realizada em doze dos municípios localizados na microrregião do Maciço de Baturité, no centro-norte do interior do Estado do Ceará, Brasil. Integram a 3ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Maracanaú. A seleção dos

municípios baseou-se no interesse de conhecer a realidade dos municípios do Maciço, região onde está localizada a Unilab. O único município que não foi incluído foi Barreira, pois não havia confirmação do mesmo, no tempo disponível da coleta. A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro de 2024.

4.3 População

A amostra deste estudo foi do tipo censitária, composta por todos os enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) ou que ocupam cargos de gestão relacionados a esse nível de atenção. Ao todo, 130 profissionais foram convidados a participar da pesquisa, dos quais 116 compuseram a amostra final. Este número justificase, pois no momento da coleta de dados, alguns dos profissionais encontravam-se em período de férias ou afastamento por motivos de saúde/atividades e demandas da Unidade, o que impediu a participação. Como critérios de inclusão foram considerados enfermeiros que estivessem em exercício profissional ativo na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em funções de gestão vinculadas a esse contexto. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que já participavam de outra pesquisa relacionada à mesma temática, considerando-se que esses profissionais já haviam sido previamente sensibilizados sobre o assunto, o que poderia interferir na neutralidade das respostas.

4.4 Coleta de Dados

Após a aprovação pelo Comitê de Ética, contactou-se novamente a administração/gestão de cada município para a apresentação da proposta de coleta de dados e o agendamento das datas disponíveis para a execução do projeto. Com data agendada e em sala reservada, realizou-se a coleta propriamente dita. O processo teve início com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, após a assinatura deste documento, os enfermeiros preencheram o instrumento CAP, com tempo médio de 30 minutos, e, ao término, os instrumentos preenchidos foram entregues aos pesquisadores. Para promover a sensibilização e a reflexão sobre a temática, os pesquisadores realizaram uma breve explanação, seguida da apresentação de um infográfico interativo. Além disso, foi oportunizado momento para discussão e esclarecimento de dúvidas, favorecendo o diálogo e aprofundamento sobre os aspectos abordados na pesquisa.

4.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), com o objetivo de avaliar o conhecimento, atitudes e práticas dos enfermeiros que atendem no pré-natal às mulheres com deficiência visual. (Luzia, 2024). O instrumento CAP consiste em questionário estruturado que aborda diferentes aspectos relacionados ao atendimento pré-natal, incluindo o conhecimento sobre as necessidades específicas das mulheres com deficiência visual, as atitudes dos enfermeiros em relação a essa população e as práticas clínicas adotadas durante o este atendimento.

O questionário CAP é composto por 40 questões, das quais duas são discursivas. Ele está subdividido em três domínios: 13 questões relativas ao Conhecimento, 13 à Atitude e 14 à Prática. As respostas no domínio Conhecimento foram apresentadas nas opções: "Verdadeiro", "Falso" e "Não sei". Para o domínio Atitude, as alternativas foram: "Concordo plenamente", "Concordo", "Não tenho opinião", "Discordo" e "Discordo totalmente". Já no domínio Prática, as opções de resposta foram "Sim" ou "Não". A cada uma das seções do questionário foi atribuída uma pontuação que varia de 0 a 10.

Ressalta-se que o instrumento foi aplicado por equipe previamente treinada, que não possuía vínculo com os profissionais participantes da pesquisa, a fim de minimizar possíveis vieses e assegurar a imparcialidade na coleta dos dados.

4.6 Análise de Dados

Este estudo adotou uma abordagem metodológica mista, integrando métodos quantitativos e qualitativos. A combinação dessas abordagens visa ampliar a compreensão sobre o cuidado pré-natal de mulheres com deficiência visual, permitindo tanto a análise estatística dos dados quanto a interpretação aprofundada das experiências e percepções dos profissionais envolvidos. Ademais, foram analisados os parâmetros de validade do instrumento utilizado, assegurando a adequação, a precisão e a confiabilidade das informações coletadas, de modo a fortalecer a consistência e a rigorosidade científica dos resultados obtidos.

4.6.1. Etapa quantitativa

Os dados colhidos passaram por processo de dupla digitação e validação no programa Excel (versão 2013). Na sequência com suporte dos softwares livres JAMOVI versão 1.6 e JASPER foram confeccionadas medidas exploratórias, gráficos e tabelas para caracterização das respostas do instrumento CAP.

Selecionou-se algumas variáveis como tempo de atuação na APS (< 5 versus > 5 anos); e já ter feito consulta com mulheres com deficiência visual na associação com as respostas dos instrumentos do estudo. Neste caso, realizamos o teste de Qui-Quadrado ou Fisher, conforme a frequência esperada das respostas. Em todas as análises foram empregados, intervalo de confiança de 95%.

4.6.2. Etapa qualitativa

Os dados empíricos obtidos por meio das entrevistas com as participantes foram transcritos na íntegra e, posteriormente, organizados e interpretados com base no método proposto por Colaizzi. Assim, foram seguidos rigorosamente os seguintes passos: (1) leitura exaustiva dos dados para compreensão global do corpus do estudo; (2) revisão minuciosa de cada dado, com extração das afirmações significativas; (3) formulação dos significados correspondentes a cada afirmação significativa; (4) organização dos significados formulados em grupos temáticos; e (5) integração e síntese dos resultados em uma descrição exaustiva do fenômeno investigado. As questões discursivas que nortearam as entrevistas foram:

1. Diante da necessidade de inclusão, como você realizaria atividades de educação em saúde acessíveis às gestantes com deficiência visual?
2. Na consulta de pré-natal para mulheres com deficiência visual, quais estratégias você utiliza ou utilizaria para garantir uma comunicação eficaz?

4.7 Aspectos Éticos

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram respeitados os critérios regulamentados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo que os direitos dos participantes fossem protegidos, mediante a adoção dos princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

A pesquisa cumpriu as recomendações que constam na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 6.767.911. CAAE: 77936624.9.1001.5576

A autonomia incluiu o respeito pela pessoa, seus valores e crenças, considerando a proteção das pessoas com autonomia reduzida. A beneficência buscou maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos aos indivíduos. O princípio da não maleficência foi observado como o dever de evitar danos aos participantes, impedindo quaisquer práticas que os colocassem em risco. Já o princípio da justiça baseou-se na obrigação de tratar as pessoas de maneira correta e apropriada. Esses princípios foram aplicados, respectivamente, ao cliente, profissional e ambos (Diniz; Guilherme, 2002).

Na condução desta pesquisa, foram ponderados os riscos e benefícios das intervenções realizadas. Os riscos identificados incluíram estresse, cansaço, fadiga e constrangimento, caso não soubessem responder a algum item relacionado ao preenchimento do instrumento de coleta de dados. Em contrapartida, os benefícios contemplaram avanços científicos significativos, contribuindo para o conhecimento e o bem-estar da sociedade em geral. Para mitigar os riscos, foram adotadas estratégias éticas, como a garantia de tempo adequado para a realização da pesquisa, visando minimizar impactos negativos sobre os participantes. Além da aplicação do instrumento CAP ter sido aplicado por uma equipe capacitada e humanizada.

Um dos aspectos essenciais para pesquisa envolvendo seres humanos foi a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento legal apresentou a descrição detalhada de todos os procedimentos da pesquisa e foi assinado pelos participantes, assegurando que o consentimento informado fosse obtido, como dever moral do pesquisador (Cortina; Martinez, 2005).

3 RESULTADOS

3.2 Análise quantitativa

3.2.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 116 enfermeiros. A amostra foi composta majoritariamente por Mulher Cis [81,03%] (IC 95%: 73,90%-88,17%); Homem Cis [15,52%] (IC 95%: 8,93%-22,11%) e Outro [3,45%] (IC 95%: 0,13%-6,77%). No quesito estado civil, observamos a seguinte distribuição de respostas: Solteiro(a) [59,48%] (IC 95%: 50,55%-68,42%); Casado(a) [35,34%] (IC 95%: 26,65%-44,04%); Divorciado(a) [4,31%] (IC 95%: 0,61%-8,01%); Viúvo(a) [0,86%] (IC 95%: -0,82%-2,54%). Já acerca da cor da pele, a maioria se declarou pardo [68,97%] (IC 95%: 60,55%-77,38%), seguido por Branco [26,72%] (IC 95%: 18,67%-34,78%); Preto [3,45%] (IC 95%: 0,13%-6,77%) e Amarelo [0,86%] (IC 95%: -0,82%-2,54%).

Em média, o tempo de atuação na atenção primária a saúde era de 6,11 ($\pm 6,77$ anos) anos. Dentre os entrevistados, cerca de metade [49,14%] (IC 95%: 40,04%-58,24%) relatou não existir na sua área mulheres com Deficiência visual; enquanto [43,10%] (IC 95%: 34,09%-52,12%) relataram o oposto (SIM) e [7,76%] (IC 95%: 2,89%-12,63%) desconhecem. Parcela substancial da amostra nunca [93,10%] (IC 95%: 88,49%-97,71%) realizou consultas de pré-natal com mulheres com deficiência visual. Uma minoria já tinha experienciado esse evento [6,90%] (IC 95%: 2,29%-11,51%).

Com relação ao conhecimento dos profissionais, em seguida serão apresentados os resultados da análise das questões.

5.1.2 Conhecimento dos enfermeiros

GRÁFICO 1. Questão 1: As gestantes com deficiência visual são somente aquelas com ausência total da visão (cegas) da visão.

As gestantes com deficiência visual são somente aquelas com ausência total da visão (cegas).



Parcela substancial respondeu essa questão como Falso: 95,69% (GRÁFICO 1).

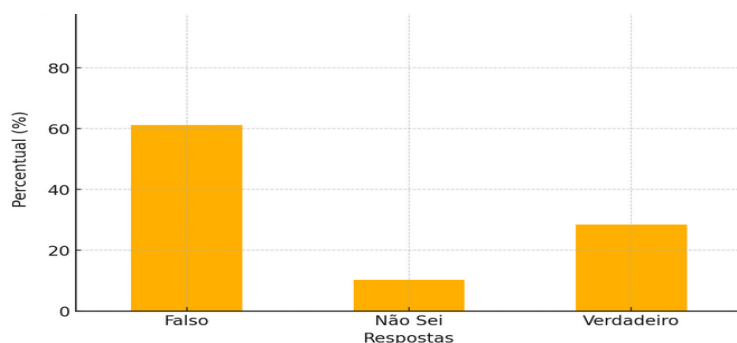


GRÁFICO 2. Questão 2: A deficiência visual é considerada um risco para a gestante, sendo necessário o acompanhamento no pré-natal de alto risco.

Os enfermeiros acreditam em boa parte (61,21%) que a deficiência visual não é considerada um risco para a gestante, sendo necessário o acompanhamento no pré-natal de alto risco. Enquanto, 28,45% pensam o contrário e 10,34% não sabem opinar (GRÁFICO 2).

Praticamente todos eles entendem que a acessibilidade ao serviço engloba aspectos urbanísticos, arquitetônicos, de comunicação e de comportamento (98,28%). Assim como boa parte entende que não é necessário dividir os atendimentos das gestantes com deficiência e das demais gestantes em dias diferentes (86,21%).

Quanto à obrigatoriedade da presença de acompanhante em todas as consultas de pré-natal das mulheres com deficiência visual tivemos as seguintes respostas: Verdadeiro (37,07%), Falso (50,00%), e Não Sei (12,93%).

TABELA 1. Caracterização do conhecimento dos enfermeiros, acerca das questões 6 a 13 do instrumento CAP. Redenção, Brasil, 2024.

Questão	Resposta	Percentual (%)	IC 95% Inferior (%)	IC 95% Superior (%)
06. Considerar a mulher com deficiência visual incapaz de desempenhar o papel da maternidade pode ser considerado um ato de capacitismo (Ex: Discriminação).	Verdadeiro	84.4	77.8	91.0
	Falso	12.9	6.8	19.0
	Não Sei	2.5	-0.3	5.4
07. Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência visual divergem das demais mulheres devido às características relacionadas à deficiência.	Falso	86.2	79.9	92.4
	Não Sei	9.4	4.1	14.8
	Verdadeiro	4.31	0.6	8.0
08 O ambiente de consulta (Mesas, Macas e Cadeiras) do pré-natal de mulheres com deficiência visual necessita de mudanças de posicionamento em relação à consulta de mulheres sem deficiência	Falso	46.5	37.4	55.6
	Verdadeiro	42.2	33.2	51.2
	Não Sei	11.2	5.4	16.9
09. As cadeiras do (a) Enfermeiro (a) e da cliente com deficiência visual devem ficar próximas e sem obstáculos entre elas.	Verdadeiro	55.1	46.1	64.2
	Falso	27.5	19.4	35.7
	Não Sei	17.2	10.3	24.1
10. A distância para a consulta com clientes com deficiência visual deve ser Íntima (0-50cm) ou Pessoal Próxima (50-80 cm) para favorecer a interação	Verdadeiro	52.5	43.4	61.6
	Não Sei	33.6	25.0	42.2
	Falso	13.7	7.5	20.0
11. As expressões faciais e corporais da mulher com deficiência visual evidenciam problemas na consulta.	Verdadeiro	57.7	48.7	66.7
	Falso	26.7	18.6	34.7
	Não Sei	15.5	8.9	22.1
12. Os materiais utilizados durante a consulta devem ser apresentados à gestante com deficiência visual para que ela possa conhecê-los.	Verdadeiro	99.1	97.4	100
	Falso	0.8	-0.8	2.5
13. A gestante com deficiência visual pode desempenhar o papel da maternidade, enfrentando desafios semelhantes aos das mulheres sem deficiência, dentro das suas limitações específicas	Verdadeiro	95.6	91.9	99.3
	Falso	4.3	0.6	8.0

Na Tabela 1, é possível observar que as questões em que os enfermeiros apresentam maior convergência de respostas (verdadeiras ou falsas) estão relacionadas

ao capacitismo e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência visual, com uma frequência superior a 80% e intervalos de confiança estreitos (TABELA 1).

Por outro lado, os temas nos quais os enfermeiros demonstram maior desconhecimento e/ou incerteza em suas respostas (opção "NÃO SEI") são os seguintes:

- Pergunta Q10: A distância para a consulta deve ser íntima ou pessoalmente próxima para favorecer a interação. [Não Sei: 33,62%].
- Pergunta Q9: As cadeiras do(a) enfermeiro(a) e da cliente com deficiência visual devem ficar próximas e sem obstáculos. [Não Sei: 17,24%].
- Pergunta Q11: Expressões faciais e corporais evidenciam problemas na consulta de mulheres com deficiência visual. [Não Sei: 15,52%].

5.1.3 Com relação a aba: Atitude dos enfermeiros

A escolha de ficar de pé ou sentado na consulta deve ser feita com base na comodidade.

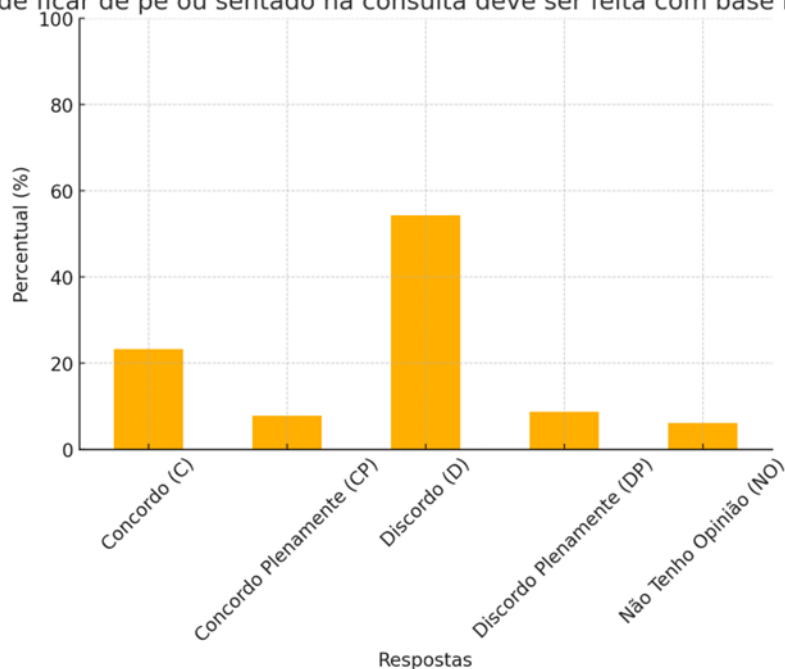


GRÁFICO 3. Questão 14: Na sua opinião, a escolha entre se posicionar de pé ou sentado durante a consulta deve ser feita com base na comodidade. O enfermeiro pode ficar de pé, enquanto a paciente está sentada, pois isso não afeta a comunicação.

No bloco das respostas atitudinais, em relação à afirmação de que a escolha entre ficar de pé ou sentado na consulta deve ser feita com base no conforto, os enfermeiros responderam da seguinte forma: Concordo Plenamente: 7,76%, Concordo: 23,28%, Não Tenho Opinião: 6,03%, Discordo: 54,31%, Discordo Plenamente: 8,62% (GRÁFICO 3).

Durante a consulta, o enfermeiro deve direcionar as perguntas ao acompanhante.

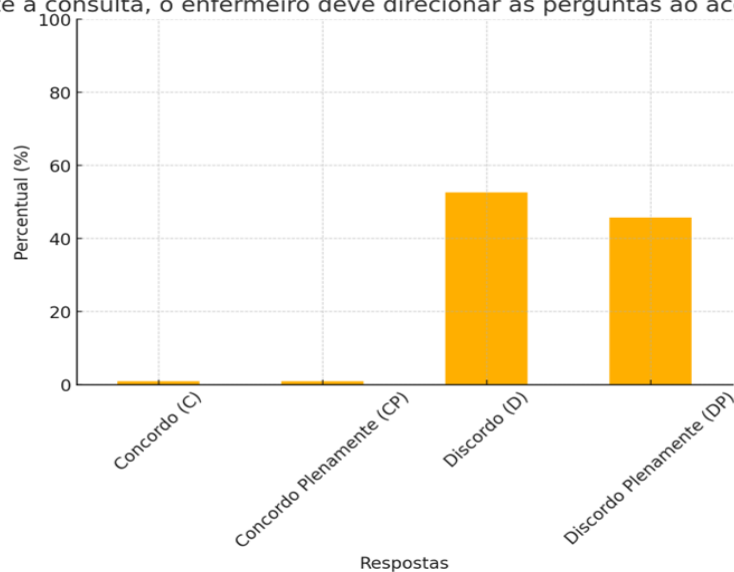


GRÁFICO 4. Questão 15: Na sua opinião, durante a consulta de pré-natal de uma gestante com deficiência visual, o Enfermeiro deve direcionar as perguntas ao acompanhante para facilitar o processo de comunicação.

Observa-se que, em relação à afirmação "Durante a consulta, o enfermeiro deve direcionar as perguntas ao acompanhante", as respostas divergentes predominam: Concordo Plenamente: 0,86%, Concordo: 0,86%, Discordo: 52,59%, Discordo Plenamente: 45,69% (GRÁFICO 4).

TABELA 4. Caracterização das atitudes dos enfermeiros, conforme as respostas Q-16 a Q26. Redenção, Brasil, 2024.

Questão	Resposta	Percentual (%)	IC 95% Inferior (%)	IC 95% Superior (%)
16. Na sua percepção, é ideal o enfermeiro receber a gestante com deficiência visual na porta da unidade e levá-la até a sala de consultas.	Concordo (C)	35.3	26.6	44.0
	Discordo (D)	33.6	25.0	42.2
	Não Tenho Opinião (NO)	17.2	10.3	24.1
	Concordo Plenamente (CP)	11.2	5.4	16.9
	Discordo Plenamente (DP)	2.5	-0.3	5.4
	Discordo (D)	61.2	52.3	70.0

17. Na sua opinião, o enfermeiro deve apresentar-se verbalmente à gestante com deficiência visual, não necessitando apresentar os demais profissionais envolvidos na consulta.	Discordo Plenamente (DP)	37.9	29.1	46.7
	Concordo (C)	0.8	-0.8	2.5
18. Você concorda que o enfermeiro deve avisar a gestante com deficiência visual sempre que chegar ou ausentar-se pois ela pode não perceber seus movimentos.	Concordo (C)	33.6	25.0	42.2
	Concordo Plenamente (CP)	31.8	23.4	40.3
	Discordo (D)	18.9	11.8	26.0
	Não Tenho Opinião (NO)	11.2	5.4	16.9
	Discordo Plenamente (DP)	4.3	0.6	8.0
19. Na sua opinião, a entonação de voz deve ser mais alta para facilitar a comunicação entre o enfermeiro e a gestante com deficiência visual	Discordo (D)	62.9	54.1	71.7
	Discordo Plenamente (DP)	22.4	14.8	30.0
	Concordo (C)	9.4	4.1	14.8
	Não Tenho Opinião (NO)	3.4	0.1	6.7
	Concordo Plenamente (CP)	1.7	-0.6	4.0
	20. Na sua concepção é necessário realizar a descrição do ambiente e localização onde será realizada a consulta de pré-natal da gestante com deficiência visual.	Concordo (C)	56.0	47.0
Concordo Plenamente (CP)		38.7	29.9	47.6
Não Tenho Opinião (NO)		4.3	0.6	8.0
Discordo (D)		0.8	-0.8	2.5
21. Você concorda que não há a necessidade de olhar nos olhos da gestante com deficiência visual, visto que ela não consegue ver	Discordo (D)	60.3	51.4	69.2
	Discordo Plenamente (DP)	18.1	11.0	25.1
	Não Tenho Opinião (NO)	12.9	6.8	19.0
	Concordo (C)	8.6	3.5	13.7

22. Na sua percepção, é ideal que toda gestante com deficiência visual seja referenciada para o pré-natal de alto risco.	Discordo (D)	62.9	54.1	71.7
	Concordo (C)	16.3	9.6	23.1
	Discordo Plenamente (DP)	9.4	4.1	14.8
	Não Tenho Opinião (NO)	8.6	3.5	13.7
	Concordo Plenamente (CP)	2.5	-0.3	5.4
23. Você concorda que é indispensável a presença do acompanhante para que a consulta possa ser realizada	Discordo (D)	56.0	47.0	65.0
	Concordo (C)	28.4	20.2	36.6
	Concordo Plenamente (CP)	6.8	2.2	11.5
	Discordo Plenamente (DP)	4.3	0.6	8.0
	Não Tenho Opinião (NO)	4.3	0.6	8.0
24. Na sua opinião é necessário realizar orientações quanto ao exercício da maternidade, visto que a gestante com deficiência visual é capaz de exercer esse papel sem restrições.	Concordo (C)	52.5	43.4	61.6
	Concordo Plenamente (CP)	22.4	14.8	30.0
	Discordo (D)	19.8	12.5	27.0
	Não Tenho Opinião (NO)	5.1	1.1	9.2
25. Você concorda que durante a consulta de pré-natal de mulheres com deficiência visual é ideal sinalizar o toque físico na consulta devido à ausência da visão.	Concordo (C)	48.2	39.1	57.3
	Concordo Plenamente (CP)	36.2	27.4	44.9
	Discordo (D)	11.2	5.4	16.9
	Não Tenho Opinião (NO)	3.4	0.1	6.7
	Discordo Plenamente (DP)	0.8	-0.8	2.5
26. Na sua opinião, você considera necessário ficar em silêncio após cada	Concordo (C)	66.3	57.7	74.9
	Concordo Plenamente (CP)	28.4	20.2	36.6

pergunta, permitindo a fala da gestante com deficiência visual.	Discordo (D)	3.4	0.1	6.7
	Não Tenho Opinião (NO)	0.8	-0.8	2.5
	Discordo Plenamente (DP)	0.8	-0.8	2.5

Os resultados apresentados na Tabela 4 indicam que há atitudes variadas entre os enfermeiros, com forte consenso em práticas como descrever o ambiente, sinalizar toques físicos e permitir silêncio após as perguntas. Por outro lado, surgem opiniões mais divididas em questões como a recepção das gestantes e a necessidade de acompanhantes (TABELA 4).

TABELA 5. Análise do tempo de atuação da atenção primária em saúde em relação às respostas NÃO SEI para questões atitudinais (Q16-Q26) do instrumento CAP. Redenção, Brasil, 2024.

Questão	Média Não Sei	Mediana Não Sei	Média Respostas	Outras Respostas	Mediana Respostas	Outras Respostas	p-Value ¹
Q16	5.2	2.0	6.2	4.0	4.0	0.120	
Q18	4.2	2.0	6.3	4.0	4.0	0.120	
Q19	7.6	6.3	6.0	4.0	4.0	0.338	
Q20	5.5	3.0	6.1	4.0	4.0	0.720	
Q21	11.9	11.5	5.3	4.0	4.0	0.070	
Q22	1.9	1.5	6.5	4.0	4.0	0.008	
Q23	2.23	1.4	6.2	4.0	4.0	0.099	
Q24	1.875	2.0	6.3	4.0	4.0	0.037	
Q25	2.9775	1.33	6.2	4.0	4.0	0.170	
Q26	4.0	4.0	6.1	4.0	4.0	0.867	

Observação:

Q17 – Não é possível aplicar teste estatístico

¹ Teste de Mann-Whitney

De acordo com a Tabela 5, pode-se inferir que o tempo de experiência dos enfermeiros que responderam "NÃO SEI" é inferior ao dos demais enfermeiros para duas questões relacionadas à referência e contra referência, e à atividade física gestacional:

- Questão 22: Na sua percepção, é ideal que toda gestante com deficiência visual seja referenciada para o pré-natal de alto risco.
- Questão 24: Na sua opinião, é necessário realizar orientações sobre o exercício da maternidade, visto que a gestante com deficiência visual é capaz de exercer esse papel sem restrições.

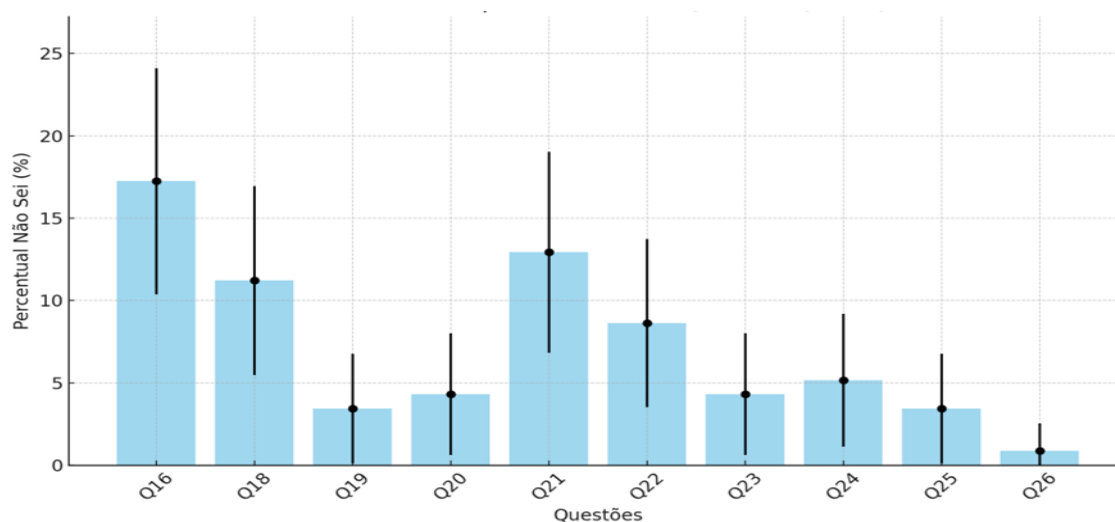


GRÁFICO 5. Caracterização das frequências percentuais da resposta NÃO SEI nas perguntas/afirmações atitudinais do instrumento CAP. Redenção, Brasil, 2024.

As questões 16 “Na sua percepção, é ideal o enfermeiro receber a gestante com deficiência visual na porta da unidade e levá-la até a sala de consultas” e 21 “Você concorda que não há a necessidade de olhar nos olhos da gestante com deficiência visual, visto que ela não consegue ver”, apresentaram maior frequência de resposta NÃO SEI no campo atitude do instrumento CAP (GRÁFICO 5).

TABELA 6. Análise de respostas NÃO SEI para questões atitudinais (Q16-Q26) do instrumento CAP e ter uma pessoa cega no território (sim, não, não sei). Redenção, Brasil, 2024.

Questão	% Não Sei (Sim)	% Não Sei (Não)	% Não Sei (Não Sei)	p-Value ¹
Q16	20.0	14.2	22.2	0.684

Q18	12.0	8.9	11.1	0.873
Q19	4.0	1.7	11.1	0.353
Q20	4.0	3.5	11.1	0.581
Q21	12.0	12.5	11.1	0.991
Q22	10.0	7.1	11.1	0.842
Q23	4.0	5.3	0.0	0.755
Q24	6.0	5.3	0.0	0.755
Q25	2.0	3.5	11.1	0.388
Q26	0.0	1.7	0.0	0.587

Obs: ¹ Teste do Qui-quadrado

Na Tabela 6, podemos inferir que não há associação entre os enfermeiros desconhecerem a presença de mulheres com deficiência visual em sua área e uma maior tendência a responder "Não Sei" nas questões atitudinais.

Prática dos enfermeiros

Você referencia/referenciaria a gestante com deficiência visual para o pré-natal de alto risco?

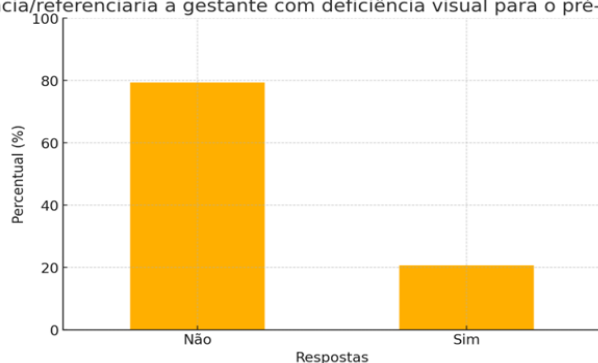


GRÁFICO 6. Referenciamento de gestantes com deficiência visual para o pré-natal de alto risco.

Os enfermeiros não realizaram ou realizaram a prática de referenciar a gestante com deficiência visual para o pré-natal de alto risco (79.3%) (GRÁFICO 6).

Você consegue/conseguiria manter comunicação verbal efetiva na consulta com gestantes com deficiência visual?

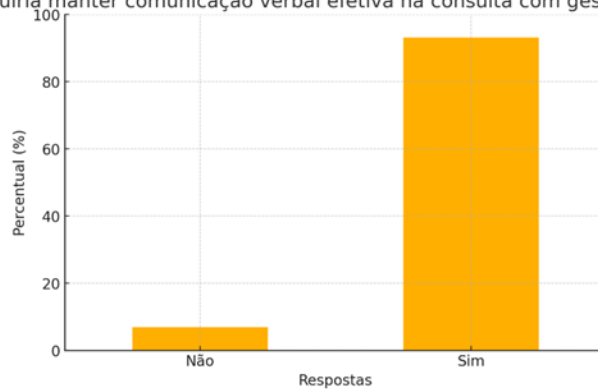


GRÁFICO 7. Consegue/conseguiria manter comunicação verbal efetiva na consulta com gestantes com deficiência visual. Redenção, Brasil, 2024.

TABELA 7. Práticas dos enfermeiros em relação a consulta de pré-natal com mulheres cegas. Redenção, Brasil, 2024.

Questão	SIM	NÃO
Você coleta/coletaria informação sobre o histórico de saúde, familiar e ginecológico sem dificuldades de comunicação.	91.3	8.6
Você explica/explicaria o procedimento a ser realizado (Ex: Exame clínico das mamas, Manobras de Leopold, Medição da altura uterina, aferição de BCFs, Papanicolau e verificação de edemas) antes do toque.		1.7
30. c) Você explica/explicaria os resultados de exames e sorologias solicitados sem que haja problemas no entendimento da gestante	98.2	1.7
30. d) Você orienta/orientaria quanto a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso e quanto a utilização de medicações recomendadas para o período gravídico, sem que haja problemas no entendimento da gestante	95.6	4.3
30. e) Você orienta/orientaria quanto as vacinas recomendadas e o aprazamento sem que haja problemas no entendimento da gestante	95.6	4.3
30. f) Você explica/explicaria e prepara a gestante com deficiência visual de risco habitual para o parto vaginal sem que haja problemas no entendimento da gestante	94.8	5.1
30. g) Você explica/explicaria e prepara/prepararia a gestante com deficiência visual para o parto cesárea, se houver indicação, sem que haja problemas no entendimento da gestante	94.0	6.0
30. h) Você orienta/orientaria a gestante com deficiência visual quanto aos sinais de início do trabalho de parto (contrações, cólicas e perda de líquidos) sem que haja problemas no entendimento da gestante.	92.2	7.7
30. i) Você orienta/orientaria a gestante com deficiência visual quanto as características e o que esperar de cada período do trabalho de parto sem que haja problemas no entendimento da gestante	88.7	11.3
30. j) Você orienta/orientaria quanto aos sinais de risco (presença de corrimentos, dor em baixo-ventre e ausência de movimentos fetais) sem que haja problemas no entendimento da gestante	91.3	7.7

Conforme a Tabela 7, a grande maioria dos enfermeiros entrevistados afirma ser capaz de manter contato verbal efetivo em consulta de pré-natal com gestantes com deficiência visual, ou acredita que conseguiria fazê-lo (Tabela 7).

Em relação às práticas dos enfermeiros em uma situação hipotética e/ou real de consulta pré-natal com mulheres cegas, nossos achados indicam que mais de 85% dos enfermeiros realizariam suas atividades nos pontos abordados (TABELA 7).

2.3 Análise qualitativa

A partir da análise qualitativa dos dados, foram construídas, com base na interpretação dos discursos dos participantes, quatro categorias de significado que evidenciam as principais estratégias inclusivas adotadas no cuidado a gestantes com deficiência visual: (1) Comunicação acessível e adaptada – ambiente acolhedor e empático; (2) Recursos táteis, auditivos e tecnológicos; (3) Promoção da autonomia; e (4) Acessibilidade física e sensorial. Tais categorias refletem ações orientadas para a humanização do cuidado e para a garantia de equidade no atendimento prestado.

CATEGORIA 1: Comunicação acessível e adaptada – ambiente acolhedor e empático.

Os relatos evidenciam a importância de uma comunicação clara, acessível e sensível às limitações visuais, além da necessidade de criar um ambiente acolhedor e empático. Os profissionais relatam estratégias como articulação pausada das palavras, uso de linguagem descritiva e inclusão da gestante em todas as etapas da consulta, promovendo uma escuta atenta, empatia e vínculo.

"Sempre descrever o procedimento a ser realizado. Conversa de forma calma e compassada." (P2)

"Comunicação simples e objetiva – termos populares. Ou uma comunicação através do contato físico (demonstração)." (P11)

"Utilizaria linguagem clara e acessível; sempre descrevendo ou tentando descrever as pessoas envolvidas na ação; utilizaria recursos táteis para que elas pudessem participar das atividades." (P13)

"Falar pausadamente; utilizar informativos em Braile; ambiente civilizado; material tátil." (P21)

“Ambiente reservado e discreto, com pouco ruído sonoro e menos obstáculos físicos.” (P43)

“Oferecer momentos para a gestante expor suas dúvidas; atentar para sinais de desconforto durante a consulta.” (P14)

“Passar segurança à paciente enquanto profissional; tratá-la com respeito e empatia; incluí-la em atividades.” (P28)

“Explicar cada procedimento antes de realizar; ouvir as experiências da gestante; promover ambiente acolhedor; atendimento humanizado.” (P54)

CATEGORIA 2: Recursos táteis, auditivos e tecnológicos.

Os profissionais apontam o uso de recursos que envolvam os sentidos do tato e da audição, como forma de garantir a compreensão e a aprendizagem das gestantes cegas. São sugeridas práticas como demonstrações com bonecos, uso de modelos anatômicos, materiais em Braile e ferramentas auditivas e tecnológicas.

“Dinâmica de como trocar fralda e roupa usando boneca; como banhar utilizando o toque para saber onde limpar.” (P2)

“Modelos de mamas, forma da pegada na amamentação; instrumentos que possibilitem o uso de outros sentidos.” (P14)

“Através de áudios explicando a temática. Por meio de rodas de conversas com outras gestantes. Através de meios tecnológicos adaptados.” (P4)

“Permitindo o uso do tato; estimular o toque corporal para sentir as mudanças já ocorridas; permitir o toque dos materiais que seriam usados nas consultas; explicar todos os procedimentos realizados durante a consulta.” (P7)

"Objetos para usar o sentido tátil. Grupos de gestante (interação social)." (P24)

"Dinâmicas com bonecos para aplicar a higiene do bebê.....Prática dinâmica sobre amamentação." (P72)

CATEGORIA 3: Promoção da autonomia.

Os depoimentos dos enfermeiros destacam práticas voltadas à autonomia da gestante, incentivando o reconhecimento do ambiente e o exercício do cuidado com o bebê e com si mesma. A familiarização com os espaços e os materiais utilizados nas consultas e procedimentos também é apontada como estratégia para fortalecer a independência da gestante.

"Práticas de cuidado ao RN; práticas de autocuidado no pré e pós-parto; visita a todos os setores da Unidade para familiarizar a gestante." (P5)

"Ações voltadas para a autonomia da gestante com os cuidados do RN e consigo; ações práticas, utilizando o toque para identificação." (P9)

"Apresentação do ambiente. Oferecer os materiais para que possa tocá-los." (P1)

"Estimularia o sentido do tato permitindo a gestante se tocar e conhecer ainda mais seu corpo e as modificações que estavam ocorrendo durante o período gravídico." (P7)

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise quantitativa

Os resultados deste estudo apontam também para lacunas e desafios enfrentados pelos enfermeiros no acompanhamento de gestantes com deficiência visual na Atenção Primária à Saúde (APS). A caracterização da amostra revelou predomínio de profissionais do sexo feminino e distribuição etária variada, refletindo a composição da força de trabalho na enfermagem brasileira (Almeida, 2019).

Ao iniciar a análise dos dados sociodemográficos da amostra deste estudo, observa-se predominância de mulheres cisgênero (81,03%), o que reflete a composição historicamente majoritária do público feminino na profissão de enfermagem, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Os homens cisgênero corresponderam a 15,52% e apenas 3,45% dos respondentes se identificaram com outro gênero, revelando menor diversidade de identidade de gênero entre os profissionais da amostra. Em relação ao estado civil, a maioria dos enfermeiros(as) se declarou solteira (59,48%), seguida por casados(as) (35,34%), o que pode refletir maior disponibilidade desses profissionais para atender demandas assistenciais, considerando possíveis menores encargos familiares.

No que tange à autodeclaração racial, predominou a identificação como pardo (68,97%), o que pode refletir a composição étnico-racial da população da região do Maciço de Baturité, no Ceará, onde se desenvolveu o estudo. Os participantes brancos representaram 26,72%, enquanto pretos e amarelos totalizaram, respectivamente, 3,45% e 0,86%, evidenciando sub-representação de grupos racializados historicamente marginalizados. Essas diferenças demográficas entre os grupos, como gênero, estado civil e raça/cor, são relevantes ao se considerar a construção de políticas públicas de saúde mais equitativas e inclusivas, especialmente no cuidado pré-natal de populações vulneráveis, como mulheres com deficiência visual.

A composição da força de trabalho da enfermagem brasileira é caracterizada por grande diversidade, tanto em termos de qualificação quanto de distribuição geográfica. A enfermagem no Brasil é composta principalmente por técnicos, auxiliares e enfermeiros, sendo que os técnicos e auxiliares somam a maior parte da força de trabalho. Dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) revelam que, enquanto o número de técnicos e auxiliares cresce de forma constante, a proporção de enfermeiros

é menor, mas fundamental para o desenvolvimento das ações de cuidado e gestão nos serviços de saúde (Brasil, 2023).

A concentração da força de trabalho é desigual, com maior quantidade de profissionais nas regiões Sudeste e Sul, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentam escassez significativa de enfermeiros. Além disso, a presença crescente de mulheres na profissão, que representa mais de 80% dos profissionais da enfermagem no Brasil, reflete importante aspecto da organização do trabalho neste setor, que ainda enfrenta desafios relacionados à valorização salarial e à carga de trabalho (Brasil, 2023).

No que se refere ao tempo médio de atuação dos profissionais na Atenção Primária à Saúde, observou-se média de 6,11 anos ($\pm 6,77$), o que indica amostra composta por enfermeiros com experiência considerável nesse nível de atenção. Apesar disso, identificou-se que cerca da metade dos participantes (49,14%) afirmou não haver, em sua área de abrangência, mulheres com deficiência visual, enquanto 43,10% relataram a presença desse público e 7,76% declararam desconhecer tal informação. Esses dados evidenciam não apenas uma possível invisibilidade dessa população no território, mas também lacunas no reconhecimento e acompanhamento de mulheres com deficiência visual no contexto da APS. Isso se reflete na prática assistencial, já que a grande maioria dos participantes (93,10%) nunca realizou atendimento pré-natal com mulheres com deficiência visual, o que aponta para cenário de baixa vivência e preparo em relação ao cuidado direcionado a essa população específica.

A baixa prevalência de atendimentos direcionados a gestantes com deficiência visual, evidenciada pelo percentual de apenas 6,90% dos profissionais que já vivenciaram essa experiência, revela cenário preocupante de exclusão ou invisibilidade dessa população nos serviços de saúde. Essa realidade pode estar relacionada a falhas nos processos de territorialização, ausência de dados qualificados sobre pessoas com deficiência nos cadastros das unidades de saúde, ou ainda à falta de formação específica dos profissionais para o acolhimento dessas mulheres. A escassez de experiências práticas nesse tipo de atendimento limita o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para um cuidado inclusivo e equitativo, conforme preconizado pelas políticas públicas de saúde e direitos da pessoa com deficiência. Tais evidências reforçam a necessidade de estratégias de sensibilização e capacitação permanente dos profissionais da APS para a promoção de um cuidado que reconheça e respeite a diversidade e a

vulnerabilidade de grupos historicamente marginalizados (Brasil, 2008; Brasil, 2015; Oms, 2011).

Além disso, a dissertação de mestrado investigou a experiência de maternidade de seis mulheres com deficiências físicas ou visuais na Baixada Santista, destacando a necessidade de políticas públicas específicas para apoiar essas mulheres durante a gestação e o pós-parto. Esses achados indicam que fatores sociais e estruturais podem influenciar a menor visibilidade de gestantes com deficiência visual nos serviços de saúde, reforçando a importância de abordagem sensível e inclusiva por parte dos profissionais de saúde (Almeida, 2019).

No gráfico 2, percepção de que a deficiência visual, por si só, caracteriza automaticamente uma gestação de alto risco, conforme indicado por 22,45% dos enfermeiros participantes do estudo, reflete uma compreensão ainda limitada sobre os fatores reais que determinam o risco obstétrico. Embora a deficiência visual possa exigir adaptações no cuidado e estratégias específicas de comunicação e apoio, ela não constitui, por si só, um fator clínico que justifique o encaminhamento sistemático ao pré-natal de alto risco. Essa visão pode reforçar práticas excludentes e contribuir para a medicalização excessiva da gestação de mulheres com deficiência. Em contrapartida, o fato de 61,21% dos profissionais não associarem a deficiência visual ao alto risco demonstra uma postura mais alinhada aos princípios da equidade e da singularidade do cuidado, reconhecendo que as necessidades dessa população devem ser atendidas preferencialmente na Atenção Primária à Saúde, desde que com suporte adequado. A parcela de 10,34% que não soube opinar também evidencia lacunas formativas, destacando a necessidade de incluir, nos processos de educação permanente, conteúdos sobre os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, com o objetivo de promover um cuidado acessível, inclusivo e centrado na pessoa (Brasil, 2015; OMS, 2011).

Com relação aos resultados do gráfico 2, a prática de referenciar gestantes com deficiência visual para o Programa de Assistência à Gestante de Alto Risco (PNAR) é achado que merece reflexão, principalmente considerando as barreiras que essas mulheres enfrentam no acesso aos cuidados obstétricos. Embora a deficiência visual não seja, por si só, fator de risco obstétrico, a inclusão de mulheres com deficiência visual no PNAR pode ser resposta inadequada às suas necessidades específicas, uma vez que esse

programa se destina, prioritariamente, àquelas com condições clínicas que exigem vigilância e monitoramento intensivo (Pereira, 2017).

A literatura revela que a gestação em mulheres com deficiência visual, embora requeira abordagem adaptada, não necessariamente implica em risco aumentado para complicações obstétricas, desde que o cuidado seja adequado e individualizado. A excessiva medicalização da gravidez de mulheres com deficiência visual pode, portanto, resultar em intervenções desnecessárias, sem considerar as especificidades dessa população (Pereira, 2017).

Além disso, o referenciamento dessas gestantes ao PNAR pode evidenciar a falta de cuidado mais especializado e inclusivo, que leve em conta as particularidades da deficiência visual e a necessidade de ajustes nos serviços de saúde, sem recorrer, de imediato, a classificação de alto risco. Estudos apontam que, em muitos casos, as mulheres com deficiência visual são tratadas com base em estereótipos, sendo encaminhadas para programas de alto risco sem a devida avaliação de suas reais condições de saúde (Almeida, 2019).

A prática de referenciar indiscriminadamente pode, assim, gerar sobrecarga no sistema de saúde, além de não promover a inclusão efetiva das gestantes com deficiência visual nos cuidados prévios à gestação. A criação de protocolos de atendimento mais sensíveis e adaptados a essas mulheres se faz urgente, a fim de garantir atendimento mais justo e centrado nas suas necessidades reais.

Em relação ao sistema de referência e contrarreferência, a literatura aponta que a progressão entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) ainda é um grande desafio para a população com deficiência. Isso se deve, em grande parte, à falta de capacitação específica dos profissionais que lidam diretamente com esse público. Segundo estudo de Souza et al. (2023), a escassez de treinamentos direcionados à PcD nas escolas de saúde compromete a formação dos profissionais, levando a uma assistência fragmentada e muitas vezes inconveniente. O fortalecimento da rede de serviços de saúde inclusiva passa necessariamente pela qualificação contínua desses profissionais, mas também por um maior compromisso das instituições de ensino em incorporar a temática da deficiência nas séries curriculares.

A análise das respostas referente ao gráfico 4, quanto à obrigatoriedade da presença de acompanhante nas consultas de pré-natal para mulheres com deficiência

visual revela compreensão heterogênea entre os enfermeiros. A maioria (50,00%) reconhece corretamente que essa obrigatoriedade não existe, alinhando-se aos princípios da autonomia e do protagonismo das mulheres no cuidado à saúde. No entanto, é preocupante observar que 37,07% consideram essa presença obrigatória, o que pode indicar visão tuteladora e capacitista, que desconsidera a capacidade de autodeterminação dessas mulheres. Tal posicionamento, embora possivelmente bem-intencionado, pode resultar em barreiras ao acesso e em experiências de cuidado menos respeitadas. Além disso, o percentual de profissionais que declararam não saber (12,93%) evidencia lacunas na formação e na atualização sobre os direitos das pessoas com deficiência, especialmente no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos e da humanização da assistência. De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), o direito à acessibilidade e ao atendimento em igualdade de condições é assegurado e a presença de acompanhantes deve ser uma possibilidade e não imposição. É necessário, portanto, fortalecer a educação permanente em saúde para garantir prática baseada em direitos, equidade e respeito às singularidades.

Ao analisar os resultados relacionados à percepção dos enfermeiros sobre as adaptações necessárias no ambiente da consulta pré-natal para mulheres com deficiência visual (questão 3), observa-se que as opiniões se encontram relativamente distribuídas: 46,5% consideraram falso que o ambiente de consulta (mesas, macas e cadeiras) precise de mudanças em relação ao atendimento de mulheres sem deficiência; 42,2% apontaram que tal adaptação é necessária e 11,2% declararam não saber. Essa divisão revela uma lacuna na formação profissional quanto à acessibilidade e à adequação dos espaços de cuidado. A ausência de consenso entre os respondentes demonstra que ainda há pouco conhecimento sobre os princípios do desenho universal e da acessibilidade atitudinal e estrutural, previstos tanto nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2008) quanto na Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015).

Corroborando essa realidade, Luzia (2024) identificou, durante a validação semântica do instrumento CAP, que muitos profissionais demonstraram insegurança ao interpretar situações relacionadas à acessibilidade ambiental e comunicacional no atendimento a gestantes com deficiência visual. Tal evidência reforça a necessidade de qualificação contínua dos enfermeiros, uma vez que a ausência de preparo específico compromete a oferta de cuidado humanizado e centrado nas particularidades dessa população. A percepção equivocada de que não são necessárias mudanças no ambiente

físico para o acolhimento de mulheres com deficiência visual, conforme exposto pelos participantes do presente estudo, demonstra o distanciamento entre os preceitos legais de inclusão e a prática cotidiana nos serviços de saúde. Dessa forma, torna-se urgente fomentar estratégias educativas que abordem o cuidado inclusivo como competência essencial na formação e atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

No que tange à proximidade física durante a consulta (questão 4), 55,1% dos enfermeiros concordaram que as cadeiras do profissional e da gestante com deficiência visual devem estar próximas e sem obstáculos entre elas. Entretanto, 27,5% discordaram dessa afirmação e 17,2% disseram não saber. Embora a maioria tenha apontado para a necessidade de uma disposição mais inclusiva no ambiente físico, a proporção significativa de discordância ou desconhecimento evidencia a necessidade de formação continuada voltada para o atendimento humanizado e centrado no usuário, considerando especificidades sensoriais.

Em relação à distância ideal para a consulta (questão 5), pouco mais da metade dos enfermeiros (52,5%) reconheceu que a interação com a mulher com deficiência visual deve ocorrer em distância íntima (0–50 cm) ou pessoal próxima (50–80 cm), conforme orientações de comunicação inclusiva. Ainda assim, 33,6% disseram não saber e 13,7% consideraram essa aproximação inadequada. Esse dado é preocupante, visto que a distância comunicacional inadequada pode comprometer o acolhimento, a empatia e a qualidade da escuta ativa, dificultando a construção do vínculo terapêutico com a gestante.

Sobre a interpretação de expressões faciais e corporais como forma de compreender possíveis dificuldades durante a consulta (questão 6), 57,7% dos enfermeiros responderam que as mulheres com deficiência visual demonstram seus problemas por meio dessas expressões. Já 26,7% discordaram e 15,5% declararam não saber. A interpretação de sinais não verbais pode, de fato, ser estratégia importante, mas esse entendimento deve vir acompanhado da valorização da escuta qualificada e da percepção sensível do contexto comunicativo. O dado também pode sugerir que parte dos profissionais ainda supervaloriza a leitura corporal mesmo diante da limitação sensorial visual da paciente, o que aponta para a necessidade de formação sobre comunicação verbal clara e objetiva com essa população.

A comunicação não verbal, embora desempenhe papel relevante nas interações humanas, precisa ser ressignificada no contexto do cuidado a pessoas com deficiência visual. Em situações de atendimento a esse público, gestos, expressões faciais e linguagem corporal perdem parte de sua eficácia como canais principais de comunicação, exigindo do enfermeiro maior ênfase na comunicação verbal e na escuta ativa. No entanto, isso não significa que a comunicação não verbal deva ser descartada. Pelo contrário, ela continua sendo via importante para transmitir acolhimento, empatia e segurança, desde que articulada com postura ética, tom de voz adequado e uso sensível do toque terapêutico. Como destaca Pires (2023), mesmo em contextos de limitação sensorial, a comunicação não verbal pode reforçar vínculos e criar ambiente de confiança, desde que empregada de forma consciente e complementar à comunicação verbal clara e objetiva.

Na tabela 4 a análise da questão “Na sua percepção, é ideal o enfermeiro receber a gestante com deficiência visual na porta da unidade e levá-la até a sala de consultas” revela diversidade de percepções entre os participantes. Embora parte considerável dos profissionais tenha afirmado “Concordo” (35,3%), indicando posicionamento favorável a abordagem mais acolhedora e proativa, a soma das respostas “Discordo” (33,6%) e “Discordo Plenamente” (2,5%) totaliza 36,1%, revelando certa polarização. A opção “Concordo Plenamente” obteve 11,2%, enquanto 17,2% afirmaram não ter opinião. Esses dados sugerem que não há consenso consolidado neste estudo quanto à conduta ideal nesse tipo de acolhimento, o que pode estar relacionado à ausência de formação específica para o atendimento de pessoas com deficiência visual. Conforme preconizado por políticas de humanização e inclusão no SUS, o acolhimento adequado exige sensibilidade, escuta qualificada e empatia, além da consideração das necessidades específicas de mobilidade e orientação das gestantes com deficiência visual, sem ferir sua autonomia (Brasil, 2022).

Por sua vez, ao se analisar a questão “Você concorda que é indispensável a presença do acompanhante para que a consulta possa ser realizada?”, observa-se que a maioria dos enfermeiros discorda dessa obrigatoriedade (56,0% “Discordo” + 4,3% “Discordo Plenamente”), indicando compreensão mais alinhada com os princípios da autonomia e da não discriminação. No entanto, parcela considerável dos participantes concorda total ou parcialmente (28,4% “Concordo” + 6,8% “Concordo Plenamente”) com a ideia de que a presença do acompanhante é indispensável, o que pode refletir visão

assistencialista ou protetiva, que embora aparentemente cuidadosa, pode reforçar estigmas e práticas capacitistas. O fato de 4,3% declararem não ter opinião também evidencia lacunas na formação e no conhecimento acerca dos direitos das mulheres com deficiência, especialmente no contexto da atenção pré-natal.

Esses achados evidenciam que, apesar de avanços em algumas percepções, ainda persistem práticas e crenças que limitam o cuidado centrado na mulher com deficiência visual. A superação dessas barreiras requer investimentos em capacitação permanente, revisão de protocolos institucionais e fortalecimento das políticas de equidade no cuidado à saúde sexual e reprodutiva, especialmente na Atenção Primária à Saúde.

A conscientização dos profissionais de saúde sobre o capacitismo é passo essencial para a implementação de práticas mais inclusivas e humanizadas no atendimento às pessoas com deficiência. O capacitismo, entendido como um conjunto de preconceitos e barreiras estruturais que dificultam a plena participação dessa população na sociedade, está presente em diversas áreas, incluindo a saúde. Oliveira e Silva (2021) apontam que a pandemia de COVID-19 aprofundou essas desigualdades, tornando ainda mais evidente a exclusão das pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde, comunicação e educação. Nesse sentido, a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecer e combater atitudes capacitistas é fundamental para a construção de atendimento equitativo.

Além disso, a inclusão de uma perspectiva crítica sobre o capacitismo nas políticas públicas e currículos acadêmicos da área da saúde pode contribuir para a desconstrução de estereótipos e práticas excludentes. Segundo Oliveira Júnior (2024), a emergência do conceito de capacitismo no cenário acadêmico-científico brasileiro revela a necessidade de resistir a normativas institucionais que perpetuam relações de poder assimétricas. No contexto da saúde, essa resistência pode se traduzir na adoção de protocolos de atendimento mais acessíveis, na ampliação do diálogo entre profissionais e usuários e no desenvolvimento de estratégias de cuidado que considerem as necessidades específicas das pessoas com deficiência, sem reduzi-las a sua condição.

O capacitismo, que é discriminação contra pessoas com deficiência, ainda é realidade em muitos ambientes de atendimento médico e hospitalar. Estudos como o de Souza et al. (2022) mostram que, embora existam avanços, muitos profissionais de saúde

ainda têm dificuldades em lidar com as particularidades de gestantes com deficiência visual, seja pela falta de conhecimento ou por estigmas e preconceitos enraizados. Isso reforça a necessidade de formação profissional mais sensível, que vá além do técnico e incluindo abordagem mais humanizada e inclusiva, onde os profissionais sabem lidar com a diversidade de necessidades dos pacientes.

Além disso, a rede de assistência à pessoa com deficiência (PcD) no Brasil ainda enfrenta desafios significativos. No contexto do Ceará e Nordeste, a infraestrutura de serviços voltados para gestantes cegas é limitada, o que pode prejudicar a qualidade do atendimento. Estudo realizado por Costa e Almeida (2023) revela que, embora existam políticas públicas externas para a inclusão, a implementação dessas políticas muitas vezes não se reflete em ações práticas e seguras, especialmente no que diz respeito à capacitação de profissionais e ao aprimoramento da rede de referência e contrarreferência. A falta de integração entre os serviços de saúde, especialmente nas regiões periféricas, dificulta o acesso das gestantes.

A Tabela 4 evidencia a existência de atitudes diversas entre os enfermeiros, indicando a necessidade de treinamento e padronização das condutas. Estudos como os de Santos et al. (2021) e Oliveira et al. (2022) apontam que as atitudes dos profissionais de saúde são moldadas pela formação acadêmica e por experiências prévias no atendimento às pessoas com deficiência. A falta de uniformidade nas respostas sobre práticas atitudinais, como a recepção das gestantes e a necessidade de acompanhantes, pode estar relacionada à ausência de diretrizes específicas para esse tipo de atendimento (Gomes et al., 2020).

A literatura aponta que o reforço de treinamentos estruturados pode melhorar significativamente a segurança e eficácia dos enfermeiros no atendimento a gestantes cegas. Os treinamentos estruturados são caracterizados por abordagens sistemáticas que incluem metodologias ativas, simulações realísticas e uso de tecnologias assistivas, passando a qualificação do profissional para atender às necessidades específicas desse público. Dessa forma, tais capacitações possibilitam atendimento mais humanizado e acessível, garantindo que as gestantes com deficiência visual tenham suporte adequado durante o período gestacional.

De acordo com Carvalho et al. (2024), a implementação de tecnologias educacionais adaptadas no treinamento de profissionais de saúde, como a produção de

materiais em braille e audiodescrição é fundamental para melhorar a comunicação e o acesso à informação pelas gestantes cegas. Essas estratégias favorecem a compreensão das etapas do pré-natal, promovem a autonomia e o protagonismo das mulheres com deficiência visual, além de contribuírem para a redução de barreiras no atendimento. O fortalecimento de treinamentos estruturados para enfermeiros é, portanto, essencial para garantir um cuidado mais inclusivo e eficaz. No entanto, é necessário refletir sobre como essa inclusão se concretiza na prática, uma vez que persistem obstáculos, como o capacitismo presente em diferentes esferas da sociedade, inclusive nos serviços de saúde.

Além disso, Gonçalves (2017) enfatiza que a capacitação dos enfermeiros deve incluir oficinas práticas e simulações realistas para aprimorar o cuidado humanizado e inclusivo. O autor aponta que treinamentos estruturados focados na adaptação de técnicas assistenciais, como a realização de exames físicos com comunicação tátil e verbal detalhada, promovem maior segurança para a gestante e melhor desempenho profissional dos enfermeiros. Desta forma, a formação continuada e incorporação de metodologias ativas tornam-se essenciais para atendimento eficaz.

Outro aspecto relevante abordado por Souza et al. (2022) é o uso de tecnologias assistivas, como softwares de leitura de tela e dispositivos táteis, que possibilitam às gestantes cegas maior independência no acesso a informações sobre sua saúde. O estudo ressalta que treinamentos estruturados que incluem o ensino do uso dessas ferramentas aos enfermeiros podem facilitar a orientação das gestantes, tornando o acompanhamento pré-natal mais eficiente e inclusivo. Assim, o investimento em capacitações externas para o atendimento de gestantes com deficiência visual pode impactar com certeza a qualidade da assistência de enfermagem.

Outro ponto relevante da Tabela 4 é a percepção sobre a necessidade de descrição do ambiente e sinalização de toques físicos, que tiveram altas taxas de concordância. Esse achado corrobora os estudos de Almeida et al. (2020), que destacam a importância da comunicação tátil e verbal no atendimento a pessoas com deficiência visual. A abordagem inclusiva, que respeita as necessidades sensoriais da paciente, é essencial para promover atendimento humanizado e eficaz (Freitas et al., 2021).

A análise dos dados presentes na Tabela 5 evidencia associação importante entre o tempo de experiência profissional e a segurança do enfermeiro ao responder questões relacionadas ao cuidado pré-natal de mulheres com deficiência visual. Observa-

se que, nas questões 22 e 24, os enfermeiros que optaram pela resposta “Não sei” apresentaram, em média, menor tempo de experiência profissional, sugerindo possível correlação entre menor vivência prática e ausência de posicionamento técnico seguro diante de situações que envolvem especificidades no cuidado.

Na questão “Na sua percepção, é ideal que toda gestante com deficiência visual seja referenciada para o pré-natal de alto risco”, a maioria dos profissionais discordou da afirmação, o que demonstra compreensão sobre a necessidade de se evitar a generalização e a hipermedicalização do pré-natal dessas mulheres. Entretanto, o grupo que respondeu “Não sei” teve, em média, menor tempo de atuação, o que pode indicar falta de familiaridade com os protocolos de classificação de risco gestacional e desconhecimento das diretrizes do pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Situação semelhante foi observada na questão “Na sua opinião, é necessário realizar orientações sobre o exercício da maternidade, visto que a gestante com deficiência visual é capaz de exercer esse papel sem restrições”. Embora a maioria tenha concordado com a necessidade das orientações, reconhecendo a capacidade da mulher com deficiência visual em vivenciar a maternidade, aqueles que declararam não saber também demonstraram menor tempo de experiência, sugerindo que profissionais mais jovens ou recém-inseridos no serviço podem ter recebido formação insuficiente quanto às práticas inclusivas e de educação em saúde voltadas à deficiência.

Esses achados apontam para a importância de fortalecer a formação dos enfermeiros tanto na graduação quanto na educação permanente, com foco em aspectos relacionados à saúde da pessoa com deficiência, ao planejamento reprodutivo e ao acompanhamento pré-natal humanizado e inclusivo. A insegurança nas respostas de parte dos profissionais pode indicar lacunas no currículo acadêmico e ausência de vivências práticas com esse público, o que impacta diretamente na qualidade do cuidado prestado e no cumprimento dos princípios da equidade e integralidade preconizados pelo SUS.

Os Gráficos 3 e 4 demonstram atitudes divergentes em relação ao posicionamento do enfermeiro durante a consulta e necessidade de direcionamento da comunicação. No Gráfico 3, 54,31% dos enfermeiros discordam que a escolha entre ficar de pé ou sentado deve ser baseada apenas na comodidade, enquanto 23,28% concordam. Isso reflete falta de protocolo claro sobre a postura ideal na consulta, o que pode impactar a interação e o conforto da gestante. Segundo Souza et al. (2021), o contato visual e a

postura do profissional influenciam a percepção de acolhimento e segurança, sendo recomendado que o enfermeiro adote posição que favoreça a comunicação e demonstre empatia.

No Gráfico 4, observa-se forte consenso de que o enfermeiro deve se dirigir diretamente à gestante, e não ao acompanhante, evidenciado pelo fato de 98,28% dos participantes discordarem da afirmação contrária. Esse resultado é extremamente positivo, pois reafirma a autonomia das gestantes com deficiência visual e está em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), que preconizam comunicação inclusiva e centrada na pessoa. É fundamental reconhecer que as mulheres com deficiência são plenamente capacitadas, possuem autonomia e devem ser tratadas como protagonistas do próprio cuidado, sendo aptas a compreender, opinar e tomar decisões sobre sua saúde. No entanto, estudos como o de Lima et al. (2020) apontam que, na prática, ainda há tendência de os profissionais de saúde se dirigirem prioritariamente ao acompanhante, sobretudo diante de barreiras comunicacionais. Essa postura reforça estereótipos capacitistas e compromete a construção de um cuidado verdadeiramente humanizado e inclusivo. Assim, torna-se indispensável investir em treinamentos que fortaleçam a comunicação direta, respeitosa e efetiva entre profissionais e gestantes com deficiência, reconhecendo-as como sujeitos de direitos e protagonistas no processo de cuidado.

O impacto da formação profissional na assistência a gestantes cegas também merece destaque. Gonçalves (2017) aponta que, apesar da capacitação ser ponto positivo, a implementação do aprendizado ainda é um desafio no cotidiano da prática clínica. O estudo revela que a formação externa para cuidados com a pessoa com deficiência visual nas universidades brasileiras é insuficiente, e muitos profissionais, mesmo após a conclusão de sua formação, demonstram dificuldades em aplicar conhecimentos relacionados ao atendimento de gestantes cegas. O modelo de ensino, muitas vezes, ainda carece de experiências práticas e de metodologias que integram a teoria com a realidade das gestantes com deficiência visual.

Além disso, a inclusão de pessoas com deficiência no cuidado pré-natal não exige apenas capacitação técnica dos profissionais de saúde, mas também mudança cultural nas instituições de ensino e ambientes de saúde. Estudos como o de Oliveira et al. (2021) evidenciam que a formação dos estudantes da área da saúde muitas vezes

desconsidera a diversidade funcional, contribuindo para a perpetuação do capacitismo no atendimento. Por isso, é necessário que os cursos de graduação na área da saúde incluam de maneira transversal o estudo sobre as deficiências e suas implicações no cuidado, preparando os futuros profissionais para lidar com a diversidade.

Em relação ao impacto da formação profissional no cuidado pré-natal, é fundamental refletir sobre a qualidade do atendimento às gestantes cegas. A formação dos profissionais de saúde influencia diretamente a segurança e eficácia dos cuidados, principalmente em contextos em que a comunicação e confiança entre o paciente e o profissional são essenciais. Segundo estudo realizado por Almeida et al. (2022), cujo objetivo era que enfermeiros que passaram por treinamentos estruturados voltados para a inclusão de pessoas com deficiência demonstraram maior segurança na realização de procedimentos e comunicação com gestantes cegas, o que resultou em melhores resultados no acompanhamento pré-natal.

Outro ponto relevante é a importância de políticas públicas mais eficazes que integrem as demandas da saúde das gestantes cegas dentro de um sistema de saúde universal e acessível. A implementação de políticas públicas, como a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), pode ter impacto significativo na melhoria do atendimento, mas é necessário que haja esforço conjunto para garantir que essas políticas se concretizem na prática. Estudo de Costa e Silva (2023) aponta que, embora a legislação seja favorável, a falta de implementação e fiscalização contribui para que muitas gestantes cegas ainda encontrem dificuldades para acesso a serviços de saúde.

Por fim, os achados deste estudo reforçam a necessidade de intervenções educativas e de formação continuada para os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de padronizar práticas assistenciais e reduzir incertezas no cuidado às gestantes com deficiência visual. A implementação de treinamentos específicos e a construção de protocolos assistenciais inclusivos podem contribuir significativamente para a qualificação do cuidado, promovendo práticas mais equitativas, seguras e centradas na pessoa. Ressalta-se, ainda, que o instrumento aplicado nesta pesquisa demonstrou potencial relevante ao evidenciar percepções e fragilidades na atuação dos profissionais de enfermagem, além de apresentar pontos positivos no que se refere à identificação de aspectos fundamentais do cuidado à pessoa com deficiência. Além disso, foi realizada entrevista complementar, cujos dados serão analisados em

estudo futuro, na qual os profissionais relataram que o instrumento provocou reflexões importantes e atuou como alerta sobre várias questões relacionadas à inclusão, acessibilidade e comunicação no atendimento a pessoas com deficiência. Tais resultados evidenciam não apenas lacunas formativas, mas também oportunidades concretas de transformação das práticas em saúde, contribuindo para a construção de um cuidado mais justo, acessível e humanizado.

6.2 Análise qualitativa

A análise qualitativa revelou aspectos essenciais da experiência dos enfermeiros no atendimento às gestantes com deficiência visual, organizados em categorias temáticas que destacam os desafios, práticas e percepções desses profissionais.

A primeira categoria identificada foi a “Comunicação Acessível”, na qual os participantes enfatizaram a importância de linguagem clara e objetiva, associada ao uso de objetos sensoriais para facilitar o aprendizado. Os relatos indicam que a comunicação eficaz deve incluir elementos descritivos, pausas adequadas e materiais adaptados, como o Braille. Essa abordagem está alinhada às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), que recomenda estratégias comunicativas inclusivas para ampliar a autonomia de indivíduos com deficiência.

A comunicação acessível no atendimento a gestantes com deficiência visual deve ser pensada de forma abrangente, considerando as diversas condições da pessoa com deficiência visual. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) é fundamental que os profissionais de saúde adotem comunicação que vá além da simples transmissão de informações, proporcionando ambiente inclusivo e acessível, no qual o paciente se sinta seguro para expressar suas necessidades e dúvidas. No contexto da Atenção Primária à Saúde, a adaptação de materiais, como o uso do Braille e a aplicação de precisão táteis e auditivas dos procedimentos médicos são significativamente importantes para que as gestantes com deficiência visual compreendam o que está sendo feito e participem ativamente do seu processo de cuidado.

Um exemplo prático de estratégia de comunicação adaptada é o uso de materiais didáticos em Braille, que pode ser utilizado em consultas pré-natais para garantir que gestantes com deficiência visual possam ler e compreender as orientações

fornecidas. No entanto, é importante ressaltar que nem todas as mulheres com deficiência visual possuem o domínio do Braille. Por isso, alternativas como a audiodescrição ou o uso de dispositivos tecnológicos, como softwares de leitura de tela, podem ser soluções complementares que favorecem o acesso à informação. A adoção de audiodescrição para explicar procedimentos e oferecer orientações sobre cuidados de saúde durante a gestação é prática que pode proporcionar experiência mais ágil para o paciente, minimizando a dependência do acompanhante ou do profissional de saúde.

As tecnologias assistivas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde de pessoas com deficiência, ao facilitar o acesso à informação e aos serviços de saúde. Grimaldi et al. (2021) avaliaram a acessibilidade de tecnologias assistivas sobre câncer de próstata e mama para pessoas com deficiência visual em países lusófonos, constatando que tais ferramentas foram bem avaliadas quanto à clareza, estrutura e interatividade, independentemente do país. Esses resultados destacam a eficácia das tecnologias assistivas na disseminação de informações de saúde, promovendo autonomia e inclusão. A implementação dessas tecnologias no contexto da enfermagem é crucial para atender às necessidades específicas de pacientes com deficiência, garantindo um cuidado mais equitativo e humanizado.

Além disso, a postura dos profissionais de saúde deve ser de sensibilidade e respeito, buscando sempre comunicação empática e personalizada. Como muitas mulheres com deficiência visual têm a dispersão visual, pode ser necessário ajustar a intensidade da luz ou a proximidade durante os exames. A OMS (2021) enfatiza que, além de adaptações técnicas, a atitude dos profissionais é determinante para a qualidade do atendimento, sendo a empatia e a paciência essenciais para a construção de relação de confiança entre a gestante e a equipe de saúde. Isso inclui ouvir atentamente as reclamações e preocupações dos pacientes, sem pressa ou interrupções, permitindo que elas se sintam confortáveis para compartilhar suas experiências e sentimentos em relação à gestação.

A adaptação do ambiente físico também desempenha papel crucial na comunicação acessível. Segundo Freitas et al. (2022), a criação de espaços que priorizem a mobilidade e a segurança das mulheres com deficiência visual deve ser uma preocupação central dos profissionais de saúde. A sinalização tátil e auditiva do ambiente, como o uso de placas em Braille e avisos sonoros para identificar áreas específicas dentro da unidade de saúde são ferramentas que atraem a orientação da gestante e evitam que ela se sinta perdida e/ou desorientada. Além disso, é importante que a equipe esteja treinada

para orientar o paciente quanto à localização das diferentes áreas do ambiente, como os banheiros, a sala de espera e os consultórios, sempre com linguagem clara e objetiva, que favoreça a autonomia da gestante.

A segunda categoria, Recursos Táteis, Auditivos e Tecnológicos, destacou a necessidade de materiais adaptados para promover a compreensão e a segurança das gestantes cegas. Os entrevistados sugeriram o uso de dinâmicas táteis, como bonecos para demonstração de troca de fraldas e banho do recém-nascido, além da utilização de áudios explicativos. Estudos como os de Araújo et al. (2013) corroboram esses achados, indicando que a incorporação de diferentes sentidos é fundamental para a educação em saúde de pessoas com deficiência visual.

A educação em saúde para gestantes cegas é um desafio que exige a adaptação de materiais didáticos para promover a compreensão e segurança dessas mulheres. Conforme demonstrado nas entrevistas com enfermeiros, o uso de dinâmicas táteis, como bonecos para demonstração de troca de fraldas e banho do recém-nascido, além de áudios explicativos, emerge como solução eficaz. Araújo et al. (2013) destacam que a incorporação de recursos multissensoriais, como materiais táteis e auditivos, é essencial para garantir educação inclusiva e acessível para pessoas com deficiência visual. O uso desses recursos facilita a compreensão dos cuidados com o bebê e contribui para a autonomia das gestantes.

No entanto, a adaptação de materiais para gestantes cegas não se limita apenas ao uso de recursos táteis ou auditivos. Oliveira et al. (2021) enfatizam a importância de integrar recursos tecnológicos, como aplicativos de conversão de texto em voz e sistemas de audiodescrição. Esses recursos ampliam as possibilidades de interação das gestantes cegas com conteúdos educativos, permitindo acesso mais dinâmico à informação. Em sua pesquisa, Oliveira et al. (2021) descobriu que a combinação de tecnologias acessíveis pode melhorar significativamente a adesão ao autocuidado durante a gestação e o pós-parto.

Grimaldi (2015) também contribui para esta discussão, apontando que a capacitação dos profissionais de saúde é fator crucial para garantir o sucesso da implementação desses recursos. De acordo com Grimaldi (2015), os profissionais da saúde precisam ser treinados para utilizar especificamente os recursos tecnológicos e táteis, além de entender as especificidades da deficiência visual no contexto da educação em saúde. A formação de enfermeiros e outros profissionais da saúde é fundamental para a promoção de educação inclusiva e eficaz.

Pagliuca (2018) vai além, ao destacar a importância da integração dos diferentes tipos de recursos em um modelo pedagógico adaptado às necessidades da gestante com deficiência visual. A autora sugere que, para educação em saúde eficaz, deve-se incorporar múltiplos recursos, como materiais táteis, visuais e auditivos, além de garantir que as tecnologias utilizadas sejam de fácil acesso e adaptação. Pagliuca (2018) enfatiza que, embora a combinação de recursos seja promissora, os resultados só são efetivos quando existe abordagem interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

Contudo, experiências práticas, como as realizadas em Fortaleza, no Ceará, revelam que a implementação de materiais adaptados não é isenta de desafios. Souza et al. (2019) discutem as dificuldades de adaptação dos materiais e a resistência por parte de algumas gestantes na utilização de recursos inovadores, como os bonecos táteis e os áudios explicativos. Em alguns casos, a falta de familiaridade com esses recursos e o estigma em relação à deficiência visual dificultaram a acessibilidade e o uso desses materiais. Esse fenômeno foi observado em unidades de saúde que ainda enfrentam resistência à mudança e à adoção de novas abordagens educacionais.

Além disso, a escassez de recursos tecnológicos acessíveis e a falta de dispositivos móveis em algumas regiões também representam obstáculos à implementação de programas de educação em saúde. Oliveira et al. (2021) apontam que a deficiência no acesso a smartphones e à internet impede muitas gestantes cegas de se beneficiarem das tecnologias assistivas. A falta de infraestrutura adequada é um problema que, segundo os autores, precisa ser resolvido para garantir educação em saúde verdadeiramente inclusiva e acessível.

A experiência de hospitais e centros de saúde do Ceará também evidencia a necessidade de abordagem interdisciplinar. Oliveira (2019) argumenta que enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais da saúde devem trabalhar juntos para garantir que os recursos adaptados sejam integrados de maneira eficaz. Segundo Oliveira (2019), o trabalho conjunto de diferentes áreas da saúde contribui para a criação de ambiente mais inclusivo e favorecendo a implementação de estratégias de educação em saúde mais eficazes.

É importante ressaltar que, apesar das dificuldades e desafios identificados, os resultados das experiências no Ceará e em outras regiões do Brasil indicam que a adaptação de materiais e o uso de recursos tecnológicos são ferramentas valiosas para a educação em saúde de gestantes cegas. Como discutido por Pagliuca (2018), a utilização

de múltiplos sentidos no processo de aprendizagem, como o tato e audição, é fundamental para garantir a compreensão e promoção da autonomia das gestantes com deficiência visual. Dessa forma, é necessário que as políticas públicas e os profissionais de saúde busquem soluções inovadoras e inclusivas para melhorar a educação em saúde dessa população.

A Promoção da Autonomia foi outra categoria emergente, evidenciando a necessidade de empoderar as gestantes na sua própria rotina de cuidados. Os enfermeiros ressaltaram a importância de visitas guiadas às unidades de saúde, treinamento para autoatenção e atividades práticas que permitam a interação da gestante com os espaços e materiais que ela utilizará. Essas estratégias são fundamentais para reduzir barreiras e promover cuidado mais humanizado, conforme defendem Freitas et al. (2020) em suas investigações sobre a assistência inclusiva.

No estudo de Moraes e Coelho (2023), a realização de visitas guiadas às maternidades demonstrou benefícios significativos na redução da ansiedade e medo entre gestantes. Como os participantes puderam se familiarizar com o ambiente hospitalar, conhecer a equipe de profissionais e entender os fluxos de atendimento, o que facilitou a criação de vínculos e proporcionou sensação de segurança durante o processo de parto. Essa prática humanizada contribuiu para que as gestantes se sentissem mais preparadas e confiantes.

Além disso, a pesquisa de Silva et al. (2021), que abordou o desenvolvimento de tecnologias educativas voltadas ao cuidado pré-natal de mulheres com deficiência visual, enfatiza a importância do respeito à autonomia e da promoção da inclusão dessas mulheres nos serviços de saúde. O estudo, construído de forma participativa com as próprias gestantes, evidenciou a necessidade de disponibilizar informações acessíveis e adaptadas às suas especificidades. As participantes manifestaram o desejo de serem tratadas com dignidade, escutadas em suas necessidades e de receberem informações que as capacitassem a tomar decisões conscientes e seguras sobre sua saúde e a do bebê. As tecnologias educativas elaboradas, nesse contexto, contribuíram para a redução de barreiras comunicacionais e favoreceram ambiente de cuidado mais acolhedor, acessível e centrado na pessoa.

A resistência ao uso de materiais adaptados por algumas gestantes pode estar relacionada à falta de familiaridade com esses recursos ou ao estigma associado à deficiência visual. É fundamental que os profissionais de saúde adotem abordagem sensível e personalizada, apresentando os materiais de forma gradual e explicando seus

benefícios. A criação de ambiente acolhedor e livre de julgamentos é essencial para encorajar as gestantes a utilizarem os recursos disponíveis, promovendo sua autonomia e confiança.

No que se refere à Acessibilidade Física e Emocional, os entrevistados relataram práticas como a adaptação do ambiente de consulta, remoção de barreiras físicas e disponibilidade de espaços privados e acolhedores. A percepção subjetiva dos indivíduos sobre o espaço é crucial para garantir conforto e engajamento, reforçando a importância de ambiente acessível na promoção do bem-estar da gestante (Araújo et al. 2021).

A escuta ativa, por exemplo, é ferramenta essencial para proporcionar conforto emocional, minimizando o impacto das barreiras físicas e sociais enfrentadas por essas gestantes. Araújo et al. (2021) destacam que a ausência de estratégias de acolhimento emocional adequadas pode resultar em sentimentos de exclusão e marginalização dentro do sistema de saúde. Portanto, a escuta ativa surge como ferramenta essencial para proporcionar conforto emocional, minimizando o impacto das barreiras físicas e sociais enfrentadas por essas gestantes.

Além disso, a criação de um vínculo de confiança, por meio de abordagem sensível e empática, contribui para a redução da ansiedade e do estresse, fatores frequentemente intensificados pela deficiência visual. Silva e outros. (2020) observam que gestantes com deficiência visual que receberam apoio emocional contínuo durante o pré-natal apresentaram menores níveis de ansiedade e maior satisfação com o atendimento.

Nesse contexto, a comunicação emocional deve ser adaptada para garantir que as gestantes possam expressar e compreender suas emoções de forma plena. Os profissionais de saúde devem utilizar linguagem inclusiva e sensível, garantindo que a gestante se sinta cuidada, respeitada e segura. Vieira et al. (2019) ressaltam que o uso de técnicas de comunicação verbal eficazes, aliadas à empatia dos profissionais, melhora a interação emocional e fortalece o vínculo terapêutico entre as gestantes e a equipe de saúde.

A acessibilidade emocional no atendimento a gestantes com deficiência visual deve ser priorizada, com foco na escuta ativa, empatia e criação de espaços de acolhimento emocional. Essas práticas são fundamentais para garantir atendimento humanizado e de qualidade, promovendo o bem-estar emocional da gestante e contribuindo para o sucesso de sua jornada gestacional e do parto.

Por fim, a Construção de Vínculo Empático foi um dos aspectos mais enfatizados. Os enfermeiros relataram a necessidade de escuta ativa, acolhimento das demandas emocionais e respeito ao tempo da gestante durante as consultas. A presença de comunicação empática e respeitosa fortalece a relação entre profissional e paciente, aumentando a adesão às orientações de saúde. Rocha et al. (2022) afirmam que o fortalecimento desse vínculo melhora os desfechos obstétricos e a satisfação das usuárias com o serviço de saúde.

Esta pesquisa foi realizada simultaneamente a outra, que envolveu entrevistas, e confirmou a importância do instrumento como uma ferramenta educacional, essencial para orientar o cuidado à mulher com deficiência visual.

Dessa forma, os achados qualitativos reforçam a necessidade de capacitação dos enfermeiros para atuar com gestantes com deficiência visual, bem como a implementação de estratégias acessíveis que promovam a inclusão e a autonomia dessas mulheres. O fortalecimento das políticas de acessibilidade e a sensibilização dos profissionais são passos fundamentais para avançar na equidade da assistência pré-natal.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que, embora os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentem conhecimento razoável sobre os direitos das pessoas com deficiência visual e os princípios éticos que orientam o cuidado, ainda persistem lacunas relevantes na prática assistencial, especialmente no que diz respeito à efetivação de um cuidado verdadeiramente inclusivo. Situações como a ausência de acolhimento sensível, a inadequação do ambiente físico, o uso de expressões pouco apropriadas e a negligência em relação à presença do acompanhante emergem como fatores que ameaçam a autonomia, dignidade e segurança das mulheres com deficiência visual. Tais fragilidades indicam a necessidade urgente de estratégias de educação permanente, que promovam a humanização do cuidado e aprimoramento das competências dos profissionais para atuar com sensibilidade, equidade e conhecimento técnico diante das especificidades desse público.

Embora a maioria dos enfermeiros investigados possua mais de seis anos de atuação na APS, o que denota acúmulo de experiência na rede, essa vivência prática não substitui a necessidade de capacitação contínua. O cuidado às mulheres com deficiência visual requer habilidades técnicas, comunicação adaptada e compreensão sobre acessibilidade, que devem ser desenvolvidas por meio de formações teórico-práticas. Estratégias como simulações, oficinas e treinamentos específicos se mostram promissoras para qualificar o atendimento e promover práticas mais inclusivas, centradas na usuária e resolutivas.

A análise quantitativa revelou que, mesmo com tempo significativo de atuação dos profissionais, ainda existem fragilidades na condução do cuidado inclusivo. A pontuação média nas categorias de conhecimento, atitudes e práticas situou-se em um nível intermediário, reforçando a importância de ações formativas específicas para o atendimento a pessoas com deficiência visual durante o pré-natal.

Adicionalmente, observou-se que a infraestrutura das unidades de saúde representa um entrave para a prestação de um cuidado qualificado. A ausência de sinalização tátil, materiais acessíveis e tecnologias assistivas compromete a acessibilidade. A inexistência de protocolos específicos também contribui para a sensação de despreparo dos profissionais. Apesar das políticas públicas que asseguram os direitos das pessoas com deficiência, é fundamental que essas diretrizes sejam efetivamente

implementadas e monitoradas no cotidiano dos serviços de saúde, a fim de que não se limitem ao plano normativo.

Como desdobramento prático da pesquisa, foi promovido workshop com os profissionais da APS, com o objetivo de apresentar os achados e estimular a reflexão coletiva sobre os desafios e potencialidades do cuidado inclusivo. A atividade propiciou espaço de escuta, sensibilização e construção conjunta de estratégias, fortalecendo o compromisso com a qualificação da assistência prestada às mulheres com deficiência visual.

Nesse sentido, a construção de protocolo assistencial voltado a esse público torna-se medida essencial para sistematizar o cuidado, orientar as condutas profissionais e garantir a segurança e os direitos das usuárias. Tal iniciativa está entre as ações previstas como continuidade deste estudo, contribuindo para a institucionalização de um cuidado mais equânime e humanizado na APS.

Ressalta-se que este estudo contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o que possibilitou o desenvolvimento da pesquisa em todas as suas etapas, desde a elaboração dos instrumentos até a realização das devolutivas aos profissionais.

Por fim, destaca-se a importância de que futuras investigações avaliem o impacto de programas de capacitação, da implantação de protocolos padronizados e das melhorias estruturais nas unidades de saúde. Essas ações poderão oferecer subsídios concretos para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à saúde da pessoa com deficiência, especialmente no contexto do pré-natal. Vale ressaltar que, além da etapa quantitativa, este estudo contou com entrevistas qualitativas com profissionais da APS, cujo conteúdo será explorado em trabalho posterior. As falas dos participantes evidenciaram que o instrumento CAP funcionou como alerta importante, gerando reflexões sobre barreiras, potencialidades e desafios do cuidado às pessoas com deficiência nos serviços de saúde. Nesse cenário, a articulação entre os níveis de atenção e construção de práticas integradas e contínuas despontam como caminhos promissores para a efetivação do cuidado e inclusão das gestantes com deficiência visual no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MC; SANTOS,RP; FERREIRA, JA Estratégias de acessibilidade e inclusão para pessoas com deficiência visual em serviços de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* , v. 3, pág. 345-359, 2020.

ALMEIDA, TR; SOUZA, RF; MARTINS, LC A formação profissional e o impacto no cuidado pré-natal em gestantes cegas. *Revista de Saúde Pública* , São Paulo, v. 1, pág. 34-42, 2022.

ALMEIDA, Amanda Pereira de. A experiência de maternidade de mulheres com deficiências físicas ou visuais na Baixada Santista. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59055>.

ARAÚJO, MFM; PESSOA, SMF; DAMASCENO, MMC; ZANETTI, ML Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem* , v. 2, pág. 222-227, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200011> . Acesso em: 21 fev. 2025.

ARAÚJO, AL et al. Educação em saúde para pessoas com deficiência visual: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva* , v. 4, pág. 412-423, 2013.

BEZERRA, ACF; SILVA, TA; MENDES, EA. O impacto da formação acadêmica no cuidado de pessoas com deficiência visual: desafios e estratégias de ensino. *Revista de Enfermagem*, 2020.

BEZERRA, C. P.; NICOLAU, A. I.; BEZERRA, G. P.; MACHADO, M. M.; PAGLIUCA, L. M. Access to health services by blind mothers: from coping to learning. *Acta Paulista de Enfermagem*. [Internet]. 2020. [Acesso em: 12 fev. 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01975>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência: princípios, diretrizes e estratégias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 7 jul. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 5296, de 02 de dezembro 2004. Regulamenta as Leis Nº. 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. [Internet]. [Citado em: 10 set. 2017].

Disponível em: <http://www.acessobrasil.org.br/index.php?itemid=43>. Acesso em: 15 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde: documento de diretrizes para a organização dos serviços no âmbito da APS no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro 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: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção Primária: saúde das mulheres. Brasília, 2012.

CARNEIRO, Rosamaria. “Dilemas de uma maternidade consciente: a quantas anda a conversa dos feminismos com tudo isso?”. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 5, n. 4, p. 181-198, 2019.

CARVALHO, Leandro; SANTOS, Ana. A importância da participação social no SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 1, p. 123-130, 2018.

CARVALHO, AB; SILVA, CR; OLIVEIRA, DS Tecnologias educacionais para gestantes com deficiência visual: promoção autonomia no pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 2, pág. 145-160, 2024.

COLAIZZI, PF Pesquisa psicológica como a fenomenologista a vê. Em: VALLE, RS; KING, M. (Eds.). *Alternativas fenomenológicas existenciais para a psicologia*. Nova York: Oxford University Press, 1978. p. 48-71.

COSTA, M.L.; ALMEIDA, PA Política pública e inclusão de gestantes com deficiência visual: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, pág. 235-249, 2023.

DANTAS, Taísa Caldas; SILVA, Jackeline Susann Souza; CARVALHO, Maria Eulina Pessoa de. Entrelace entre gênero, sexualidade e deficiência: uma história feminina de rupturas e empoderamento. In: 36ª Reunião Nacional da ANPED. *Anais...* Goiânia (GO), out. 2013. Disponível em: http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt15_3045_texto.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

DIAS, L. S.; ALMEIDA, M. L.; SANTOS, A. D. A comunicação com pessoas com deficiência visual: desafios e possibilidades para os profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 6, p. 1241-1247, 2018.

DUBOW, E. F.; GARCIA, S. P.; KRUG, M. O papel da formação acadêmica na preparação de profissionais de saúde para atendimento de populações vulneráveis: uma análise crítica. *Revista de Educação em Saúde*, v. X, 2020.

FREIRE, I. L. S.; et al. Structure, process and outcomes of organ and tissue donation for transplantation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 5, p. 837-845, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/en_0034-7167-reben-68-05-0837.pdf. Acesso em: 28 jan. 2018.

FREITAS, CP; OLIVEIRA, LS; CARDOSO, RA Práticas inclusivas para a assistência obstétrica: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, v. 1, pág. 87-99, 2020.

IOVANELLA, Ligia et al. O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 12, p. e00010019, 2019.

GOMES, R. B.; LIMA, F. É.; SILVA, M. C. Práticas de cuidado inclusivo na Atenção Primária à Saúde: desafios e estratégias de formação profissional. *Enfermagem Brasil*, v. 3, p. 140-146, 2020.

GONÇALVES, MP Oficinas temáticas e assistência humanizada no pré-parto: impacto na segurança das gestantes com deficiência visual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, pág. e00123417, 2017.

GRIMALDI, MRM A formação de profissionais da saúde e a educação inclusiva. *Revista Brasileira de Educação em Saúde*, v. 1, pág. 47-56, 2015.

GRIMALDI, M. et al. Acessibilidade de tecnologias assistivas sobre câncer de próstata e mama para pessoas com deficiência visual em países lusófonos. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, [S.l.], v. 55, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsp/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. Análise multivariada de dados. 7. ed. Porto Alegre: Bookman Editora, 2019.

HILGERT, P. S. A inclusão de pessoas com deficiência nas políticas de saúde: avanços e desafios na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. X, p. 123-134, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985>. Acesso em: 03 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida. [Internet]. Rio de Janeiro, 2019. [Citado em: 01 nov. 2022]. p. 139. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Portugal). Inquérito à Deficiência, Incapacidades e Saúde (IDIS). Lisboa: INE, 2021. Disponível em: <https://www.ine.pt>. Acesso em: 06 abr. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE MOÇAMBIQUE. Censo Populacional 2017: Resultados definitivos. Maputo: INE, 2019. Disponível em: <https://www.ine.gov.mz>. Acesso em: 06 abr. 2025.

KOHATSU, G. L.; GARCIA, L. F.; YAMAGUCHI, M. U.; MASSUDA, E. M. Benefício de Prestação Continuada: percepção de pessoas deficientes sobre o processo de solicitação e uso deste recurso. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento. Acesso em: 20 jun. 2021.

LACERDA, J. F. E.; MAIA, E. R.; MOREIRA, M. R. C.; SANTOS, P. S. P.; FARIAS, A. C. Competência cultural no cuidado de Enfermagem à pessoa com deficiência: notas sobre a formação do enfermeiro. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 21 nov. 2022. [Citado em: 02 dez. 2022]. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/Rhb9R3xQLmk6tH8QWRD47sk/?lang=pt>.

LAPÃO, L. V.; DUSSAULT, G. Formação em gestão para apoio à reforma da atenção primária à saúde em Portugal e países africanos lusófonos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00252. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sYqPpqyBN49CzvmHqcgLVr/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 ago. 2020.

Lindsay, S.; CAGLIOSTRO, E.; CARAFA, G.; MORTAJI, N. A systematic review of the benefits of hiring people with disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 28, n. 4, p. 634-655, 2018.

LIMA, TR; SOARES, MF; PEREIRA, DC A importância da ambiente hospitalar para a qualidade da assistência. *Revista Brasileira de Saúde e Ambiente*, v. 2, pág. 101-112, 2021.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2022.

MATOS, Ana; ALMEIDA, João. A importância do vínculo enfermeiro-gestante no pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 1, p. 45-55, 2023.

MELLO, P. S. A.; ANDRADE, P. O. N.; VASCONCELOS, R. L.; OLIVEIRA, S. C.; MENDES, R. C. M. G.; LINHARES, F. M. P. Validação do inquérito conhecimento, atitude e prática sobre a assistência de enfermagem ao parto e nascimento. *Texto e Contexto Enfermagem* [Internet]. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0420>.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2011. [Citado em: 01 jun. 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>.

OMS. Relatório Mundial sobre Deficiência. São Paulo: SEDPcD, 2012. [Citado em: 10 jan. 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção primária à saúde no SUS: conceitos, práticas e financiamento. Brasília: OPAS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre deficiência. Genebra: OMS, 2021.

OLIVEIRA, M. S.; SILVA, M. do C. L. da. O aprofundamento do capacitismo na pandemia: velhas facetas do capital. *Revista Trabalho, Política e Sociedade*, v. 6, n. 10, p. 259-272, 2021. Disponível em: <https://costalima.ufrj.br/index.php/RTPS/article/view/813>.

OLIVEIRA JÚNIOR, K. J. de. Capacitismo: vontade de verdade e estratégias de resistência. 2024. 124 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/42204>.

OLIVEIRA, PS; LIMA, LF; RIBEIRO, MA Formação dos profissionais de saúde sobre deficiência: reflexões e desafios para a formação de cuidadores. *Revista de Ensino de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 3, pág. 174-185, 2021.

OLIVEIRA, PMP et al. A saúde e a inclusão das pessoas com deficiência: desafios na prática profissional. *Revista de Enfermagem da UFCE*, v. 2, pág. 200-210, 2021.

OLIVEIRA, PMP A deficiência visual e a educação em saúde: desafios e possibilidades. *Revista de Saúde Pública*, v. 2, pág. 234-242, 2019.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 88-93, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. *Atenção primária à saúde: uma abordagem renovada.* Saúde em Debate, v. 45, n. esp. 1, p. 12-26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JzfsSppvwjS5d6HFWKzsGMq>. Acesso em: 6 abr. 2025.

PEDRINI, G. A.; OLIVEIRA, D. F.; PIMENTEL, J. A. Acesso à saúde de mulheres com deficiência visual: desafios para o enfermeiro da Atenção Primária. *Enfermagem em Foco*, v. X, p. 123-134, 2020.

PEREIRA, Ana; MENDES, Karina. A integralidade da atenção à saúde no SUS: um olhar crítico. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 125, p. 785-795, 2020.

PEREIRA, Patricia Cristina dos Santos. O olhar das mulheres com deficiência visual sobre a maternidade: vivências e significados. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/16906>.

POGLIUCA, LMF Inclusão de gestantes com deficiência visual no processo educativo em saúde: uma experiência no Ceará. *Revista de Saúde Pública*, v. 3, pág. 347-355, 2018.

PRAXEDES, Raquel Cristina Santana. Construção e Validação de Inquérito sobre Conhecimento, Atitude e Prática de Cuidadores em Relação à Saúde Bucal de Crianças até 36 Meses. Fortaleza, 2019. Dissertação (Doutorado) – Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

ROCHA, FC; ANDRADE, VS; NOGUEIRA, MR Construção do vínculo entre profissionais de saúde e gestantes com deficiência visual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 4, pág. 512-524, 2022.

ANTOS, M. A.; OLIVEIRA, R. M.; PEREIRA, L. F. Knowledge, Attitudes, and Practices of Nurses Regarding Pain Management in Oncologic Patients. *International Journal of Nursing Science*, v. 10, n. 2, p. 123-130, 2020.

SANTANA, T. S.; CASTRO, V. A.; VIEIRA, L. T. Q.; ARAÚJO CELESTINO, K. A.; RASSI, A. T.; COSTA, C. S. C. et al. Enfermeiro na reabilitação visual: uma nova área de atuação. *Braz J Develop*, v. 7, n. 5, p. 45852-45860, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-143>.

SILVA, J. R.; COSTA, M. F.; SOUZA, L. M. Knowledge, Attitudes, and Practices of Nurses Regarding Pressure Ulcer Prevention in Intensive Care Units. *International Journal of Nursing Practice*, v. 25, n. 3, p. e12720, 2019.

SILVA, Maria; OLIVEIRA, Pedro. A relevância da enfermagem no cuidado pré-natal: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 4, p. e00123422, 2022.

SMITH, A.; JONES, B.; JOHNSON, C. Application of the Knowledge, Attitude, and Practice Framework to Hand Hygiene Compliance among Nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, v. 8, n. 7, p. 1-8, 2018.

SILVA, M. L. C.; GOMES, L. O.; SILVA, H. S.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. *Rev. Educ. Saúde*, v. 8, n. 1, p. 190-198, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2020v8i1.p190-198>.

SOUZA, ER; PEREIRA, LA; MENDES, HC Capacitação de profissionais de saúde para atendimento inclusivo: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, v. 2, pág. 98-112, 2021.

SOUZA, RF; MARTINS, LC; ALMEIDA, TR Tecnologias assistivas no pré-natal de gestantes cegas: impacto na prática da enfermagem. *Revista de Saúde e Tecnologia*, São Paulo, v. 3, pág. 88-102, 2022.

SOUZA, M.H.; LIMA, CA; COSTA, JA Capacitação de profissionais de saúde no atendimento a pessoas com deficiência visual: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Deficiência*, Brasília, v. 2, pág. 123-136, 2023.

SOUZA, FR et al. A implementação de tecnologias no cuidado à saúde de pessoas com deficiência visual. *Jornal de Tecnologia em Saúde*, v. 1, pág. 65-74, 2019.

UMBELINO, Cristiano Caixeta. As condições de saúde ocular. 1. ed. São Paulo, SP: CBO, 2023. ISBN 978-65-980425-3-0.

VIEIRA, Fábio; GOMES, Renata. Regionalização e o acesso aos serviços de saúde: desafios e perspectivas no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1581-1590, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems: improving performance. Geneva, WHO, 2000, 215 p. Disponível em: https://www.who.int/whr/2000/em/whr00_en.pdf?ua=1. Acesso em: 05 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on disability 2011. *World Health Organization*. [Internet]. 2011. [Citado em: 08 nov. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Keversson Rocha Xavier, estou concretizando juntamente com minha orientadora, Dr^a Paula Marciana Pinheiro de Oliveira (Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), o projeto de pesquisa intitulado: **INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DO(A) ENFERMEIRO(A) DURANTE O PRÉ-NATAL COM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO CENÁRIOS DOS PAÍSES LUSÓFONOS**. Neste sentido, você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa, que tem como objetivo geral analisar o conhecimento, atitude e prática de enfermeiros da Atenção Primária no contexto do atendimento pré-natal a mulheres com deficiência visual. A sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Observe atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, não havendo riscos diretos à sua saúde. Entende-se que a participação pode gerar risco/desconforto inerentes a qualquer pesquisa científica. Entre estes o possível risco de constrangimento para responder ao instrumento de coleta de dados, como o constrangimento social na citação de dados como estado civil, grau de escolaridade, ocupação e arranjo familiar, ou ainda constrangimento econômico em menção de dados sobre renda, possível recebimento de benefícios e condições de moradia. Ou ainda risco de fadiga ao responder as questões. Caso isso ocorra, você tem liberdade de dar pausas ou até mesmo desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete qualquer penalidade ou prejuízo para você. Como outra forma de minimizar os riscos, garanto-lhe linguagem humanizada, respeitosa, clara, além da manutenção do sigilo/silêncio durante todas as fases da pesquisa e anonimato na divulgação dos resultados e, caso prefira preencher as informações individualmente (privacidade), o pesquisador tentará contemplar tal demanda em local reservado em que o pesquisador ficará somente com você. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Caso haja algum desconforto de ordem psicológica, bem como você não se sentir à vontade para prosseguir com a pesquisa, a coleta de dados será suspensa imediatamente. Para mitigar os riscos, serão adotadas estratégias éticas, como a garantia de tempo adequado para a realização da pesquisa, a fim de evitar impactos negativos nos participantes.

Os benefícios desta pesquisa podem resultar em avanços científicos significativos, contribuindo para o conhecimento e o bem-estar da sociedade em geral. Garantimos que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, de modo que, em nenhum momento, será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa, e os resultados serão divulgados apenas em eventos e/ou revistas científicas específicas relacionadas a este estudo. A participação nesta pesquisa é voluntária e não haverá compensação financeira ou custos para o(a) senhor(a) ao participar. Caso autorize, o(a) senhor(a) assinará este Termo de Consentimento em duas vias, recebendo uma delas, sendo necessário assinar na última página e rubricar nas demais. O documento também contará com a assinatura da pesquisadora na última folha e sua rubrica nas outras páginas.

A sua participação nessa pesquisa será de caráter voluntário. E ainda, para participar da mesma, não será oferecido nenhum valor ao (a) senhor (a). Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa. Informo-lhe também que, caso autorize, o(a) senhor(a) assinará este Termo de Consentimento em duas vias e receberá uma via, sendo necessário a assinatura na última página e rubrica nas demais, assim como também o documento constará de assinatura da pesquisadora na última folha e sua rubrica nas outras páginas.

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre o estudo com a pesquisadora do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, asseguro que em caso de dúvidas poderá contactar-se comigo, Keversson Rocha Xavier (pesquisador) a qualquer momento pelo telefone (085) (98181-4146), e-mail: keverssonenfermeiro@gmail.com, como também no endereço: Rua Osmar Olanda de Freitas, 226 - Pindoretama-CE. CEP: 62860-000. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) está localizado na Avenida da Abolição, nº 3, Campus da Liberdade – Bloco Anexo, Centro, Redenção – CE, CEP 62.790-000. Para esclarecimentos ou informações adicionais, o(a) participante poderá entrar em contato com o comitê pelo telefone (85) 3332-6206 ou pelo e-mail etica@unilab.edu.br.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, _____ anos, após assinado declaro que participo da pesquisa por livre e espontânea vontade e de forma voluntária. Declaro que tanto li este termo, como também fui devidamente orientado(a) e esclarecido(a). E, declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Redenção, ____ de _____ de 202__ .

Assinatura do participante

Eu, _____,
RG _____, na qualidade de testemunha, afirmo que o presente termo foi lido e explicado ao sujeito do estudo em minha presença.


Nome do pesquisador

Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE Assinatura

Pesquisador responsável

APÊNDICE B – INSTRUMENTO CAP DE ENFERMEIROS NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL



Data da Entrevista: ___/___/___	Raça/Cor: Preto () Pardo () Indígena () Branco () Amarelo ()
Local de Residência:	Data de Nascimento: ___/___/___
Gênero: Homem Cis () Mulher Cis () Transgênero () Outro ()	UBS que Atua:
Estado Civil: Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a) ()	Tempo de Atuação na APS (anos):
Na sua Área possui mulheres com Deficiência visual? Sim () Não () Não Sei ()	Já realizou consultas de pré-natal com mulheres com deficiência visual? Sim () Não ()

INSTRUMENTO CAP DE ENFERMEIROS NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL

O instrumento abaixo objetiva avaliar o Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) de Enfermeiros no Pré-Natal de mulheres com deficiência visual e é dividido em quatro partes, sendo:

Parte 01: Questões de avaliação do **CONHECIMENTO** sobre assuntos relacionados a assistência a gestante com deficiência visual, com opções de resposta: Verdadeiro, Falso e Não sei.

Parte 02: Questões referentes a **ATITUDE** frente a consulta de pré-natal de mulheres com deficiência visual, com opções de resposta: Concordo Plenamente (CP), Concordo (C), Não tenho opinião (NO), Discordo (D) e Discordo Plenamente (DP).

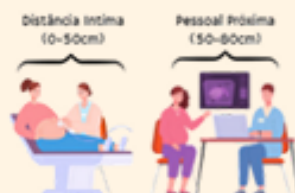
Parte 03: Questões concernentes a **PRÁTICA** assistencial em consultas de pré-natal de mulheres com deficiência visual, com opções de resposta: Sim e Não.


PARTE 01: CONHECIMENTO

Em relação aos seus conhecimentos sobre pré-natal e Mulheres com Deficiência visual assinale as alternativas abaixo.

Nº	Item	Opções de Resposta
01	As gestantes com deficiência visual são somente aquelas com ausência total da visão (Cegas).	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
02	A deficiência visual é considerada um risco para a gestante, sendo necessário o acompanhamento no pré-natal de alto risco.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
03	A acessibilidade engloba aspectos urbanísticos (Ex: Sinalização sonora nos semáforos), arquitetônicos (Ex: Pisos táteis), de comunicação (Ex: Verbal e Não verbal) e de comportamento (Ex: Atitude) dos indivíduos perante as gestantes com deficiência visual.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
04	É necessário saber que é preciso dividir em dias diferentes os atendimentos das gestantes com deficiência e das demais gestantes devido as suas singularidades, não configurando como segregação (Ex: Afastamento/Separação).	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()


05	É obrigatório a presença de acompanhante em todas as consultas de pré-natal das mulheres com deficiência visual.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
06	Considerar a mulher com deficiência visual incapaz de desempenhar o papel da maternidade pode ser considerado um ato de capacitismo (Ex: Discriminação).	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
07	Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência visual divergem das demais mulheres devido às características relacionadas à deficiência.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
08	O ambiente de consulta (Mesas, Macas e Cadeiras) do pré-natal de mulheres com deficiência visual necessita de mudanças de posicionamento em relação à consulta de mulheres sem deficiência.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
09	As cadeiras do (a) Enfermeiro (a) e da cliente com deficiência visual devem ficar próximos e sem obstáculos entre eles.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
10	A distância para a consulta com clientes com deficiência visual deve ser Íntima (0-50cm) ou Pessoal Próxima (50-80 cm) para favorecer a interação.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()
11	As expressões faciais e corporais da mulher com deficiência visual evidenciam problemas na consulta.	Verdadeiro () Falso () Não Sei ()



12	<p>Os materiais utilizados durante a consulta devem ser apresentados a gestante com deficiência visual para que ela possa conhecê-los.</p> 	<p>Verdadeiro () Falso () Não Sei ()</p>
13	<p>A gestante com deficiência visual pode desempenhar o papel da maternidade, enfrentando desafios semelhantes aos das mulheres sem deficiência, dentro das suas limitações específicas.</p>	<p>Verdadeiro () Falso () Não Sei ()</p>

PARTE 02: ATITUDE

A seguir serão apresentadas atitudes sobre o pré-natal de Mulheres com Deficiência visual assinale a opção que melhor se encaixa.

14	<p>Na sua opinião, a escolha entre se posicionar de pé ou sentado durante a consulta deve ser feita com base na comodidade. O enfermeiro pode ficar de pé, enquanto a paciente está sentada, pois isso não afeta a comunicação.</p> 	<p>Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()</p>
15	<p>Na sua opinião, durante a consulta de pré-natal de uma gestante com deficiência visual, o Enfermeiro deve direcionar as perguntas ao acompanhante para facilitar o processo de comunicação.</p>	<p>Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()</p>
16	<p>Na sua percepção, é ideal o enfermeiro receber a gestante com deficiência visual na porta da unidade e levá-la até a sala de consultas.</p>	<p>Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()</p>
17	<p>Na sua opinião, o enfermeiro deve apresentar-se verbalmente à gestante com deficiência visual, não necessitando apresentar os demais profissionais envolvidos na consulta.</p>	<p>Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()</p>

18	Você concorda que o enfermeiro deve avisar a gestante com deficiência visual sempre que chegar ou ausentar-se pois ela pode não perceber seus movimentos.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
19	Na sua opinião, a entonação de voz deve ser mais alta para facilitar a comunicação entre o enfermeiro e a gestante com deficiência visual.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
20	Na sua concepção é necessário realizar a descrição do ambiente e localização onde será realizada a consulta de pré-natal da gestante com deficiência visual.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
21	Você concorda que não há a necessidade de olhar nos olhos da gestante com deficiência visual, visto que ela não consegue ver.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
22	Na sua percepção, é ideal que toda gestante com deficiência visual seja referenciada para o pré-natal de alto risco.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
23	Você concorda que é indispensável a presença do acompanhante para que a consulta possa ser realizada.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
24	Na sua opinião é necessário realizar orientações quanto ao exercício da maternidade, visto que a gestante com deficiência visual é capaz de exercer esse papel sem restrições.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
25	Você concorda que durante a consulta de pré-natal de mulheres com deficiência visual é ideal sinalizar o toque físico na consulta devido à ausência da visão.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()

26	Na sua opinião, você considera necessário ficar em silêncio após cada pergunta, permitindo a fala da gestante com deficiência visual.	Concordo Plenamente () Concordo () Não Tenho Opinião () Discordo () Discordo Plenamente ()
----	---	---

PARTE 03: PRÁTICA

A seguir serão apresentadas práticas sobre o pré-natal de Mulheres com Deficiência visual responda de acordo com sua prática.

27	Na sua prática assistencial você referencia/referenciaria a gestante com deficiência visual para o pré-natal de alto risco?	Sim() Não ()
28	Diante da sua experiência prática você consegue/conseguiria manter comunicação verbal efetiva durante a consulta de pré-natal com gestantes com deficiência visual?	Sim() Não ()
29	Diante da necessidade de inclusão, como você realizaria atividades de educação em saúde acessíveis às gestantes com deficiência visual? Cite até quatro ações.	
30	Em relação a consulta de pré-natal de mulheres com deficiência visual:	
a)	Você coleta/coletaria informação sobre o histórico de saúde, familiar e ginecológico sem dificuldades de comunicação.	Sim() Não ()
b)	Você explica/explicaria o procedimento a ser realizado (Ex: Exame clínico das mamas, Manobras de Leopold, Medição da altura uterina, aferição de BCFs, Papanicolau e verificação de edemas) antes do toque.	Sim() Não ()
c)	Você explica/explicaria os resultados de exames e sorologias solicitados sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
d)	Você orienta/orientaria quanto a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso e quanto a utilização de medicações recomendadas para o período gravídico, sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()

e)	Você orienta/orientaria quanto as vacinas recomendadas e o aprazamento sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
f)	Você explica/explicaria e prepara a gestante com deficiência visual de risco habitual para o parto vaginal sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
g)	Você explica/explicaria e prepara/prepararia a gestante com deficiência visual para o parto cesárea, se houver indicação, sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
h)	Você orienta/orientaria a gestante com deficiência visual quanto aos sinais de início do trabalho de parto (contrações, cólicas e perda de líquidos) sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
i)	Você orienta/orientaria a gestante com deficiência visual quanto as características e o que esperar de cada período do trabalho de parto sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
j)	Você orienta/orientaria quanto aos sinais de risco (presença de corrimentos, dor em baixo-ventre e ausência de movimentos fetais) sem que haja problemas no entendimento da gestante.	Sim() Não ()
31	Na consulta de pré-natal para mulheres com deficiência visual, quais estratégias você utiliza ou utilizaria para garantir uma comunicação eficaz? Cite pelo menos quatro. _____ _____ _____ _____	

Obrigado!