UNIVERSIDADE
BEIRA INTERIOR

Barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva de pessoas com deficiência

Joana Proença Vicente

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientadora: Professora Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto

janeiro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Joana Proença Vicente, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44651 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20/01/2025

Joana Proença Vicente

Dedicatória

Ao meu avô.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, por ter apoiado este tema desde o início e por toda a ajuda dada desde esse primeiro momento.

A todas as pessoas que aceitaram ser entrevistadas para que este trabalho fosse possível, o meu mais sincero obrigada. Um agradecimento especial também à intérprete Filipa, à delegação distrital de Castelo Branco da Associação Portuguesa de Deficientes e à delegação de Castelo Branco da Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim. Às minhas avós por serem o meu maior e melhor exemplo. Às minhas primas, Tânia e Sílvia, por tudo o que aprendo com vocês.

À Sofia pela amizade de tantos anos. À Maria por, perto ou longe, estar sempre presente. À Mila pela paciência e tempo que dedica aos outros. À Bea que me deu a segurança de entrar aqui já com uma amiga. À Ana Dias por ser a minha companhia nas longas horas de estágio. À Ana Alves pela preocupação e bondade que tem sempre. À Maria Beatriz pela boa disposição contagiante. Ao Fábio por muitos dias na biblioteca.

A todas as outras pessoas que conheci em Medicina e que tornam estes anos mais leves, é uma sorte poder partilhar este tempo convosco.

Aos amigos que conheci no secundário ou mesmo antes, para vocês há um lugar ainda mais especial no meu coração. Sei o quanto cada um de vós contribuiu para eu estar aqui.

Resumo

Introdução: A acessibilidade nos cuidados de saúde é um direito fundamental, mas as pessoas com deficiência enfrentam ainda diversos tipos de barreiras. Este é um problema com grande relevância, uma vez que se estima que existam cerca de 1.3 mil milhões de pessoas com deficiência, ou seja, 16% da população mundial, e é expectável que este número venha a aumentar. Estas barreiras, de diferentes tipos, com que se deparam nos contextos de saúde, têm influência na qualidade dos cuidados oferecidos, bem como nas experiências de saúde de pessoas com deficiência.

Objetivos: O objetivo geral desta investigação é conhecer as barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva das pessoas com deficiência. Especificamente, pretende-se avaliar as barreiras existentes, entender a influência do capacitismo no atendimento e propor melhorias.

Metodologia: Investigação de natureza qualitativa, que teve como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada. Foram realizadas entrevistas a 17 participantes com diferentes tipos de deficiência. As questões incidiram, fundamentalmente, sobre as experiências de acesso nos cuidados de saúde e sobre a relação com os profissionais de saúde.

Resultados: Embora a experiência nos cuidados de saúde seja globalmente boa, as entrevistas revelaram a existência de barreiras arquitetónicas, de comunicação, atitudinais e organizacionais. Exemplos são a existência de espaços físicos não acessíveis e a falta de intérpretes de Língua Gestual Portuguesa. A falta de formação dos profissionais de saúde e a exclusão das pessoas com deficiência das conversas aumentam as dificuldades. Estas barreiras afetam a autonomia e dificultam o acesso aos serviços, influenciando negativamente a qualidade do atendimento. Outras limitações mencionadas foram a transição dos serviços pediátricos para os adultos e os desafios não só como utente, mas também como acompanhante. As propostas de melhoria dos cuidados de saúde incluem maior representação de pessoas com deficiência no setor da saúde, melhorias na comunicação e acessibilidade, além de garantir a existência de espaços físicos e equipamentos adequados. As pessoas com deficiência relataram ainda experienciar capacitismo e infantilização por parte de profissionais de saúde, que frequentemente demonstram falta de paciência e empatia. Embora alguns tentem adaptar o atendimento às necessidades específicas, muitos tratam as deficiências como a principal característica da pessoa, ignorando a sua autonomia e individualidade. Para melhorar o atendimento, é

essencial que os profissionais de saúde tenham em conta a pessoa no seu todo, priorizando o modelo biopsicossocial, respeitando a autonomia individual e evitando o paternalismo. É necessária mais formação sobre as deficiências e os produtos de apoio existentes, além de promover empatia, escuta ativa e trabalho conjunto com as associações de pessoas com deficiência.

Conclusão: As pessoas com deficiência, frequentemente, enfrentam capacitismo e falta de acessibilidade nos cuidados de saúde, o que compromete o serviço que recebem. Para melhorar a acessibilidade em saúde é essencial uma abordagem segundo o modelo biopsicossocial, devem existir espaços físicos sem barreiras, assim como políticas que promovam a inclusão. Assim, as recomendações para a melhoria dos cuidados de saúde incluem mais formação dos profissionais de saúde neste âmbito e a existência de infraestruturas e equipamentos adequados que garantam acessibilidade para todos.

Palavras-chave

Pessoas com deficiência;cuidados de saúde;barreiras;relação médico-paciente

Abstract

Introduction: Accessibility to healthcare is a fundamental right, but people with disabilities still face different types of barriers. This is a significant issue, as it is estimated that approximately 1.3 billion people, or 16% of the global population, live with disabilities—a number expected to rise. These barriers, of different types, faced in healthcare contexts, have an influence on the quality of care offered, as well as on the healthcare experiences of people with disabilities.

Objectives: This research aims to explore healthcare barriers from the perspective of people with disabilities. Specifically, the aim is to evaluate existing barriers, understand the influence of ableism on care and propose improvements.

Methodology: Qualitative research, which used semi-structured interviews as a data collection technique. Interviews were carried out with 17 participants with different types of disabilities. The questions focused, fundamentally, on experiences of access to health care and the relationship with health professionals.

Results: While healthcare experiences are generally positive, interviews highlighted architectural, communication, attitudinal, and organizational barriers. Some examples include the existence of inaccessible physical spaces and the lack of Portuguese Sign Language interpreters. The lack of training of health professionals and the exclusion of people with disabilities from conversations increase the difficulties. These barriers affect autonomy and make access to services difficult, negatively influencing the quality of care. Other limitations mentioned were the transition from pediatric services to adults and the challenges not only as a patient, but also as a companion. Proposals for improving health care include more representation of people with disabilities in the health sector, improvements in communication and accessibility, in addition to ensuring the existence of adequate physical spaces and equipment. People with disabilities also reported experiencing ableism and infantilization by health professionals, who often demonstrate a lack of patience and empathy. Although some try to adapt to specific needs, many treat disabilities as the person's main characteristic, ignoring their autonomy and individuality. Improving healthcare accessibility requires an approach based on the biopsychosocial model, respecting individual autonomy and avoiding paternalism. More training on disabilities and support products is needed, as well as promoting empathy, active listening and working together with associations of people with disabilities.

Conclusion: People with disabilities often face ableism and lack of accessibility in healthcare, which compromises the care they receive. To improve healthcare accessibility, an approach based on the biopsychosocial model is essential. There must be physical spaces without barriers, as well as policies that promote inclusion. Therefore, recommendations for improving healthcare include more training of healthcare professionals in this context and the existence of adequate infrastructure and equipment that guarantees accessibility for everyone.

Keywords

People with disabilities;health care;barriers;doctor-patient relationship

Índice

Dedicatória ---------- v
Agradecimentos ---------- vii
Resumo ---------- ix
Palavras-chave ---------- x
Abstract ---------- xii
Keywords ---------- xiii
Lista de Tabelas ---------- xvii
Lista de Acrónimos ---------- xix
1. Introdução ---------- 1
1.1. Definição e Epidemiologia ---------- 1
1.2. Construção Social da Deficiência ---------- 2
1.2.1 Representações ao longo da História ---------- 2
1.2.2 O Caso Português ---------- 5
1.3. Modelos de Deficiência ---------- 8
1.3.1 Modelo Médico ---------- 8
1.3.2 Modelo social ---------- 9
1.3.3 Modelo biopsicossocial ---------- 9
1.4. Barreiras existentes nos cuidados de saúde ---------- 10
1.4.1 Experiências das pessoas com deficiência nos serviços de saúde ---------- 12
2. Procedimentos Metodológicos ---------- 15
2.1 Objetivos ---------- 15
2.2 Metodologia ---------- 15
2.3 Recolha de dados ---------- 16
2.4 Seleção dos participantes ---------- 18
3. Análise e interpretação dos dados ---------- 20
3.1 Caracterização dos participantes ---------- 20
3.2 Situação de saúde e cuidados de saúde ---------- 23
3.2.1 Barreiras existentes nos cuidados de saúde e a sua influência na qualidade do serviço prestado ---------- 24
3.2.2 Proposta de mudanças a fazer nos cuidados de saúde ---------- 32
3.3 Relação com profissionais de saúde ---------- 34
3.3.1 Proposta de melhoria do serviço prestado pelos profissionais de saúde ---------- 38

4. Conclusão ---------- 44
Bibliografia ---------- 47
Apêndices ---------- 51
Apêndice I – Guião da entrevista ---------- 51
Apêndice II – Declaração de consentimento informado ---------- 53
Apêndice III – Declaração de consentimento informado para pessoas surdas ------- 54
Apêndice IV – Declaração de consentimento informado (versão escrita) ---------- 55
Apêndice V – Sinopse das entrevistas ---------- 56

Lista de Tabelas

Tabela 1- Variáveis de caracterização sociodemográficas das pessoas entrevistadas.....21

Lista de Acrónimos

LGP	Língua Gestual Portuguesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEG	Gastrostomia percutânea endoscópica
PHDA	Perturbação de hiperatividade e défice de atenção
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo

1. Introdução

1.1. Definição e Epidemiologia

A proteção da saúde é um direito fundamental para todas as pessoas, sendo para isso fundamental que exista acessibilidade nos cuidados de saúde. No entanto, para pessoas com deficiência, essa acessibilidade muitas vezes é composta por uma série de barreiras que se manifestam em diferentes níveis do sistema de saúde. Esta dissertação tem como objetivo explorar e analisar as barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva das pessoas com deficiência. Ao compreendermos essas barreiras através das suas experiências e vivências, podemos identificar formas de superá-las de maneira a ser possível promover uma prestação de cuidados mais inclusiva e equitativa.

"Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas." (Artigo 2.º da Lei de Bases n.º 38/2004, de 18 de agosto) (1).

A OMS estima que existam cerca de 1.3 mil milhões de pessoas com deficiência, ou seja, 16% da população mundial. É expectável que este número venha a aumentar devido principalmente ao aumento da esperança média de vida (2). No entanto, estas pessoas não estão distribuídas de igual forma por todo o mundo, visto que apenas 20% vive em países considerados desenvolvidos, estando os restantes 80% nos países subdesenvolvidos (3). O *Global report on health equity for persons with disabilities,* de 2022, afirma que as pessoas com deficiência podem viver até menos 20 anos em comparação com pessoas sem deficiência (2).

Quanto às causas, a deficiência pode ser dividida em congénita e adquirida. A congénita é aquela que se desenvolve durante a vida intrauterina, existente antes ou no momento do nascimento (4). A adquirida é a que se desenvolve após o nascimento. A maioria das pessoas com deficiência não a tem desde nascença, mas sim adquire-a ao longo da vida. Por este motivo, qualquer pessoa pode, em qualquer momento, passar a ser uma pessoa com deficiência. Isto é cada vez mais provável, uma vez que a esperança média de vida está a aumentar e pessoas mais idosas têm maior risco de ter uma deficiência (3).

Em Portugal, de acordo com os Censos 2021, 10,9% da população residente com 5 ou mais anos tem pelo menos uma incapacidade na realização de seis tipos de atividades/funções, correspondendo este número a 1 085 472 pessoas. Os seis domínios avaliados foram: ver, ouvir, andar ou subir degraus, memória ou concentração, tomar banho ou vestir-se sem ajuda, compreender os outros ou fazer-se compreender. Para cada um deles, a pessoa respondia consoante a sua dificuldade nessa atividade, existindo 4 graus: 1. Nenhuma dificuldade; 2. Alguma dificuldade; 3. Muita dificuldade; e 4. Não consegue. A prevalência é maior no sexo feminino e vai aumentando com o avançar da idade. Em relação aos domínios funcionais, aquele em que se verificou mais dificuldade foi no andar ou subir degraus (5). Nos Censos anteriores, em 2011, existiam 1 792 719 pessoas com deficiência, mas a metodologia usada teve algumas diferenças e, por esse motivo, não é possível fazer-se uma comparação direta, mas, ainda assim, a diferença comparativamente a 2021 é de mais de 700 000 pessoas, sendo que em 2011 a percentagem de população dos 15 aos 64 anos com dificuldades na realização de pelo menos uma atividade básica era 17,4% (6).

Conjuntamente com as limitações funcionais, é importante ter em conta que a deficiência acarreta custos adicionais para o agregado familiar, o que aliado ao facto de a taxa de desemprego ser maior nesta população leva a um maior risco de pobreza (3). Na verdade, as pessoas com deficiência são uma população vulnerável, que corre maiores riscos de exclusão social, para o que também contribui a construção social da deficiência. Neste âmbito, ainda que já muito se tenha conseguido ao nível do combate ao estigma e às políticas de apoio e inserção social, ainda há muito caminho a percorrer.

Por todos os motivos acima referidos, e ainda porque a forma como vemos a deficiência tem grande influência nas decisões políticas que são tomadas em relação a este assunto, torna-se fulcral para todos estarem informados sobre esta problemática e lutarem para que todos tenham acesso a uma vida digna e com autonomia (3,7).

1.2. Construção Social da Deficiência

1.2.1 Representações ao longo da História

Pessoas com deficiência existem desde sempre, a forma como a deficiência é vista é que vai mudando ao longo do tempo e varia também com a cultura. A forma como as pessoas com deficiência têm sido representadas desde sempre influencia a forma como ainda hoje se olha para esta população. É também importante ter em consideração que diferentes tipos de deficiência são vistos de forma distinta (8).

Em alguns períodos da história as pessoas com deficiência tinham alguma autonomia, mas noutros eram vistas como uma ameaça que devia ser afastada da restante sociedade, e, por

isso, eram institucionalizadas. Este isolamento, por sua vez, aumentava o desconhecimento, o preconceito e os estereótipos em relação a esta população, uma vez que ao não estarem em contacto com as pessoas ditas "normais", estas últimas não tinham uma ideia real de como a deficiência era nem das condições vividas nas instituições (8).

Muitas outras visões existiram, sendo representadas com alguma frequência como aleijados, aberrações, mendigos e pobres em pinturas e livros. Estas visões foram-se alterando ao longo da história e variam também de acordo com a sociedade, podendo ideias aparentemente contraditórias existir em simultâneo na mesma cultura (8,9). A seguir enunciam-se algumas das diferentes formas de, ao longo dos tempos, conceber a deficiência e as pessoas com deficiência.

Pessoas com deficiência eram vistas como sendo sub-humanas, descritas várias vezes como aberrações. Aquelas que tinham problemas do desenvolvimento, eram especialmente encaradas como sendo quase animais e, por isso, não tinham direitos nem necessitavam de cuidados (8,9).

Noutra época, acreditava-se que esta população tinha dons especiais, o que levou a que fossem usados como amuletos da sorte (8).

Uma ideia, que ainda hoje está muito presente, é a de que as pessoas com deficiência são dignas de pena e, consequentemente, de caridade. Esta perspetiva, que foi largamente influenciada pelo Cristianismo, baseia-se na crença de que a deficiência leva a que as pessoas sejam infelizes, estejam em sofrimento e não sejam capazes de viver uma vida normal. Esta visão de todas as pessoas como sendo filhos de Deus, pelo que merecem cuidados e inclusão, entra em conflito com a de que a deficiência era um castigo pelos pecados cometidos, estando ambas as ideias presentes na Bíblia (3,8).

Em oposição à visão anterior, existiram outras, como a crença de que pessoas com deficiência eram malvadas, sendo facilmente usadas como bode expiatório. Eram consideradas perigosas, estando associadas a violência e ao horror. Uma outra ideia era a de que estas pessoas eram as culpadas pelos desastres naturais, guerras, mortes e crises económicas, sendo um fardo para a economia (8).

Com o Renascimento e o humanismo, que trouxeram um novo interesse pelo estudo do corpo humano, começaram a surgir explicações mais científicas para a existência de deficiências, o que veio desmistificar as ideias anteriores e trouxe a possibilidade de tratamento para algumas delas (3).

Uma prática comum era o aproveitamento das pessoas com deficiência para entretenimento, fazendo com que outras ganhassem dinheiro. Tal prática teve fim com os movimentos sociais do século XIX e com o surgimento da medicina moderna, os quais vieram mudar a forma como as pessoas com deficiência eram vistas, passando a ser consideradas doentes (8).

Mendigos é um termo usado frequentemente como referência a pessoas com deficiência. A deficiência, quando era vista como um fardo, levava a que as famílias destas pessoas as deixassem ao cuidado de instituições, ou mesmo que as pusessem na rua. Este facto, associado a que é mais difícil ter acesso a um trabalho, levou a que muitas destas pessoas dependessem de esmolas para poderem sobreviver, em particular, pessoas com cegueira. Esta perspetiva das pessoas com deficiência como um fardo para a sociedade ganhou relevância com a Industrialização e com o desenvolvimento da filosofia Utilitarista, uma vez que quem contribuía menos para a sociedade era desvalorizado e considerado inferior. Foi neste período de revolução que começaram a ser criados asilos e hospitais para que estes indivíduos pudessem estar separados da restante sociedade (8,9).

Com o avançar da Ciência, a deficiência passou a ser considerada um problema da medicina e esta visão passou depois a ser a de toda a sociedade. Mais tarde, as instituições passaram de gerais a especializadas em determinados tipos de deficiência, em especial para crianças, as quais também tinham uma vertente de ensino (3).

A infantilização das pessoas com deficiência, especialmente em relação àquelas com deficiências do desenvolvimento e deficiência intelectual, leva a que a comunicação seja feita de forma condescendente e a que se atribuam menos responsabilidades e direitos. Por outro lado, assume-se que quem tem esses tipos de deficiência tem excesso de desejo sexual (8).

É também relevante ter em consideração que estas formas de ver as pessoas com deficiência foram influenciadas pelo que se acreditava serem as suas causas. Forças sobrenaturais ou divinas, ser possuído por um demónio, maldições e feitiços lançados por bruxas, astrologia, castigos e desequilíbrios dos quatro elementos ou dos humores eram explicações comuns. Assim, estas explicações motivaram que as pessoas com deficiência fossem excluídas, maltratadas e mesmo perseguidas pela Inquisição. No entanto, como hoje sabemos, as verdadeiras causas de muitas formas de deficiência relacionam-se com idade avançada, acidentes e violência, como se pôde verificar nos tempos de guerra (8). Dado o grande número de pessoas que adquiriram alguma deficiência durante a Primeira Guerra Mundial, este período marcou uma mudança na forma como a deficiência era

encarada, mas não em relação a todas elas. A maioria das congénitas continuaram a ser alvo de antipatia (3).

Com a evolução da ciência e o aparecimento do Darwinismo, no século XIX, a deficiência deixou de ser vista como um fenómeno individual para passar a ser familiar. Como consequência desta alteração, as famílias escondiam os parentes que tinham alguma deficiência em casa, nos sótãos e caves, ou mandavam-nos para instituições, de forma a que a restante sociedade não soubesse da sua existência, dado que se pensava que podiam indicar que a família não tinha uma boa genética, o que estragava a reputação dessa família e os casamentos dos restantes membros. Inicialmente, essas instituições pertenciam à Igreja, mas à medida que esta foi perdendo poder, essa responsabilidade passou para asilos privados e mais tarde para o Estado e entidades públicas (8).

O momento histórico seguinte teve como ideia principal a da inferioridade das pessoas com determinadas características, como é o caso da deficiência. A isto seguiu-se a Segunda Guerra mundial, em que o Eugenismo teve o seu pico máximo, com a deficiência a ser uma das razões que levava à morte pelo regime Nazi. Cerca de 200.000 pessoas com deficiência foram mortas entre os anos de 1939 e 1945. Por esta altura, uma prática comum era a esterilização das mulheres com deficiência, para que não fosse transmitida à descendência, sendo que dessa forma seria possível diminuir o número de pessoas com deficiência. Só após o fim da Guerra é que o Estado aceitou a sua responsabilidade relativamente a todos os cidadãos, apesar de as pessoas com deficiência não terem sentido mudanças significativas até as mesmas terem criado o seu próprio movimento para a defesa dos seus direitos, o que só viria a acontecer no final dos anos 60 (3).

Atualmente, ainda é comum pensar-se nas pessoas com deficiência como seres imperfeitos. No caso de terem uma deficiência física, não se encaixam no modelo do corpo perfeito que é desde a Antiguidade um valor importante. Nesse período histórico era comum que crianças que nasciam com deficiências físicas fossem abandonadas para morrerem. Ainda que hoje este destino e todas as representações de pessoas com deficiência antes elencadas estejam já (felizmente) muito distantes, não se pode falar, ainda, em plena aceitação social. As pessoas com deficiência são ainda sujeitas a estigma social e encontram-se numa particular situação de vulnerabilidade, apresentando um risco acrescido de exclusão social. Esta ocorre por efeito da discriminação de que ainda são alvo, o que as impede de participar plenamente na vida social e condiciona a sua integração social, muito particularmente por via do trabalho.

1.2.2 O Caso Português

No caso de Portugal, a influência exercida pela Igreja Católica, em conjunto com outros fatores como a demora no surgimento da medicina moderna e no interesse pela Ciência, levaram a que a responsabilidade do Estado em relação a estas pessoas fosse tardia. Inicialmente, a Igreja detinha abrigos e hospitais, e mais tarde, no século XV foram criadas as Misericórdias. A Inquisição surge posteriormente, mas ainda numa época em que existia a crença de que certas deficiências estavam ligadas a possessões pelo demónio e a bruxaria. Só muitos anos mais tarde viria a existir a preocupação em ter sítios onde fosse possível juntar aqueles que eram considerados indesejáveis na sociedade, de maneira a ser possível controlar os mendigos, que eram vistos como vadios. Assim, após o terramoto de Lisboa de 1755 ter trazido ainda mais problemas neste campo, surgiu a Casa Pia de Lisboa, em 1780 (3,10).

A partir daqui foi sendo cada vez mais reconhecida a importância das instituições que oferecessem cuidados de saúde estarem separadas daquelas que tinham como objetivo apoiar os pobres. Foi por esta altura, durante a segunda metade do século XIX, que também começaram a surgir instituições que se dedicavam a tipos específicos de deficiências e tinham objetivos pedagógicos. Estas sobreviviam com donativos e a intervenção do Estado era ainda diminuta. No século XX, começou a haver uma nova perspetiva sobre a forma como se poderia dar uma melhor assistência, com vista a diminuir as situações de pobreza. Contudo, apesar da atitude de simpatia em relação às pessoas com deficiência, isso não trouxe mudanças positivas significativas à sua vida.

A ditadura de Salazar e a nova Constituição, em 1933, vieram pôr fim a alguns dos direitos que as pessoas com deficiência já tinham conquistado. Surgiram algumas associações, mas todas elas criadas por iniciativas privadas, já que o Estado não via como uma responsabilidade sua o apoio aos grupos mais desfavorecidos e ainda promovia a segregação daqueles que menos contribuíam economicamente. Com a guerra colonial e o regresso a Portugal de um elevado número de soldados que tinham adquirido deficiências e experienciado uma vivência conjunta nos hospitais militares, começam a existir grupos de pessoas preocupados em alterar a forma como a deficiência é vista, mas durante o período de ditadura era difícil conseguir uma atenção política sobre o tema. Ainda assim, em 1972, foi criada a Associação Portuguesa de Deficientes (APD), a primeira associação que não se dedicou a apenas um tipo de deficiência, e que tinha como objetivos apoiar e defender as pessoas com deficiência (3).

Após o 25 de abril passa a existir um Estado-Providência, que embora tenha trazido mais direitos e subsídios, não conseguiu mudar a visão persistente da deficiência como um problema individual e o facto de estas pessoas continuarem a ser percecionadas como

incapazes e dependentes. Existia ainda o problema, presente também noutras áreas, da falta de articulação entre Ministérios e da ausência de uma estratégia e objetivos comuns. Todas estas condicionantes, aliadas à medicalização da deficiência, presente, por exemplo, na necessidade de uma avaliação médica para ter subsídios da Segurança Social e na forma como a inclusão das crianças com deficiência é feita nas escolas, leva a que continue a ser percecionado que o problema são as limitações da pessoa e não a sociedade que as exclui, em vez de ser construída de maneira a ser possível incluir todos, independentemente das suas incapacidades (3).

Nos últimos anos têm vindo a surgir novos movimentos que pretendem mudanças a nível político, reivindicando os seus direitos, e também chamar a atenção para questões que até aqui não eram consideradas, como é o caso da sexualidade das pessoas com deficiência.

A Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-13 (ENDEF), assumiu-se como um documento orientador de política pública para a área da deficiência, visando a promoção dos direitos de pessoas com deficiência. No entanto, houve quem considerasse que esta estratégia ficou aquém do que se propunha implementar, dado que nem as políticas setoriais, nem as medidas específicas na área da deficiência se concretizaram (11).

A Estratégia Nacional para a Inclusão de Pessoas com Deficiência, para o período de 2021-25 (ENIPD 2021-2025), da responsabilidade do XXII Governo Constitucional, pretende continuar o trabalho anterior, no sentido de desenvolver políticas capazes de contrariar desvantagens e limitações e de desenvolver oportunidades de ação e de melhoria de qualidade de vida para as pessoas com deficiência. (Resolução do Conselho de Ministros nº 119/2021). Esta estratégia vem reafirmar os princípios gerais da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada por Portugal em 2009.

Um passo importante na conquista de direitos e na procura de uma vida mais independente foi dado com a criação do Modelo de Apoio à Vida Independente (MAVI), passando a ser disponibilizado o serviço de assistência pessoal (3,12).

Em suma, o Movimento de Pessoas com Deficiência, que tem como lema "Nada sobre nós, sem nós" (*"Nothing about us without us"*), em Portugal, conseguiu alguma atenção política sobre este tema, contribuindo para que o Estado assumisse a responsabilidade para com estas pessoas e os seus direitos. Não obstante, ainda assim, as mudanças são lentas e insuficientes e nem todas as decisões têm um impacto real e significativo. Para que isto seja possível, para além das políticas sociais dirigidas a pessoas com deficiência (passo fundamental), é também necessário mudar a visão que a sociedade tem destas

pessoas, percecionando-as como sendo capazes de trabalhar e de ter os seus próprios rendimentos, capazes de serem autónomas, garantindo-lhes acesso adequado à educação, saúde e cultura (3).

1.3. Modelos de Deficiência

1.3.1 Modelo Médico

O modelo médico (ou biomédico) vê a deficiência como uma falha, uma disfunção que deve ser tratada, um defeito que deve ser corrigido, sendo um problema individual. Desta visão resulta a ideia de que as pessoas com deficiência devem depender dos médicos e de outros profissionais de saúde e, em alguns casos, pertencer a instituições de saúde ficando estas pessoas excluídas do resto da sociedade e focando-se no processo em direção à cura. São esses profissionais que definem a dicotomia entre o normal (pessoas sem deficiência) e o anormal (pessoas com deficiência) (3,9). Esta perspetiva remete para uma conceção individualizada, medicalizada e despolitizada da deficiência (13).

Este modelo surgiu com o avançar da medicina moderna, o qual veio introduzir novos conceitos que, embora sejam frequentemente confundidos e usados como sinónimos, têm definições próprias (3). A crescente crítica ao modelo médico, nomeadamente pelo facto de considerar os indivíduos como seres passivos no processo saúde/doença, por entender a deficiência como uma desvantagem que impossibilita uma vida independente, por ter uma visão estritamente médica da deficiência, levou a OMS, em 1980, a publicar a Classificação Internacional de Incapacidades, Deficiências e Desvantagens, que define Incapacidade, Deficiência e Desvantagem como:

• Incapacidades (*Impairments*): refere-se às anormalidades da estrutura do corpo e aparência e com a função de órgão ou sistema, resultando de qualquer causa; representam distúrbios ao nível orgânico;

• Deficiências (*Disabilities*): reflete as consequências da incapacidade em termos da performance e atividade funcional pelo individuo; representam distúrbios ao nível da pessoa;

• Desvantagens (*Handicaps*): diz respeito às desvantagens experienciadas pelo indivíduo como resultado das incapacidades e deficiências; refletem a interação e a adaptação do indivíduo ao ambiente (14). [1]

[1] Definições traduzidas de *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*

Este modelo, ao abordar apenas superficialmente fatores sociais e culturais, contribui para que sejam perpetuadas as barreiras físicas, psicológicas e atitudinais que levam à exclusão social, ao reforçar a visão das pessoas com deficiência como inaptas e dependentes, deixando-as numa situação de vulnerabilidade e aumentando o risco de sofrerem abusos e violência. É de realçar que na maioria dos casos, são mulheres, vítimas de violação e abusos sexuais e grande parte destes crimes não chegam a ser denunciados (3).

1.3.2 Modelo social

O modelo social teve origem nos anos 70, com os Movimentos de pessoas com deficiência, na Grã-Bretanha, e surge por oposição ao modelo biomédico. O modelo social defende que o motivo pelo qual as pessoas com deficiência não têm participação ativa na sociedade são as barreiras que esta última lhes impõe, e não a deficiência em si (9). Essas barreiras contribuem para a opressão e exclusão social que é imposta e, por esse motivo, este modelo tem como objetivo mudar a forma como a deficiência é pensada, de maneira que seja possível existirem novas políticas que apoiem as pessoas com deficiência, tornando a sua vida autónoma e assegurando os seus direitos (3). Um exemplo, é de que os pagamentos dos apoios devem ser feitos diretamente às pessoas com deficiência, para que estas possam escolher o seu prestador de cuidados consoante as preferências pessoais, em vez de serem pagos a instituições ou a familiares (15). Ou seja, o foco é colocado nos aspetos sociais e culturais, nomeadamente na construção social da deficiência, que contribui para o isolamento e para a exclusão social das pessoas com deficiência e as constitui como socialmente vulneráveis. De sublinhar que a deficiência não está no indivíduo, mas sim na incapacidade da sociedade para responder às suas necessidades. A deficiência deixa assim de ser vista como uma questão individual, e sim como uma questão societal, já que radica em desigualdades socialmente estruturadas, e não no corpo das pessoas.

1.3.3 Modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial tenta combinar o modelo social e o modelo médico, aceitando como agentes que influenciam o estigma, as incapacidades e fatores societais. Este modelo tem assim uma visão mais integrada da pessoa como um todo, propondo que algumas deficiências devem ser abordadas de um ponto de vista médico, mas sem esquecer o papel que a sociedade tem na perpetuação da discriminação em relação às pessoas com deficiência e realçando as oportunidades que existem para transformar a sociedade atual numa mais inclusiva (3,16).

Assim, surge em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, também aprovada pela Organização Mundial de Saúde. Esta classificação veio

incluir os determinantes sociais e os fatores ambientais e introduzir novos conceitos nos quais se baseia a deficiência:

• Incapacidades (*Impairments*): problemas na função do corpo e estruturas como desvios ou perdas significativas;

• Limitações da atividade: dificuldades que um indivíduo pode ter em executar atividades;

• Restrições na participação: problemas que um indivíduo pode experienciar no envolvimento em situações da vida (3,17). [2]

As pessoas com deficiência continuam a sofrer discriminação o que leva a exclusão social, maior risco de pobreza e de sofrer abusos e violência e a mais dificuldades no acesso ao emprego. Quanto à área da saúde, esta foi a que registou mais queixas por discriminação em 2021 segundo os relatórios sobre a aplicação da Lei n º 46/2006, de 28 de agosto, que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde (18).

1.4. Barreiras existentes nos cuidados de saúde

Estigma

Todas as crenças ainda existentes em relação às pessoas com deficiência que foram abordadas anteriormente levam à existência de estigma a vários níveis. Goffman definiu estigma como um atributo que é profundamente depreciativo e que tem consequências negativas nas relações interpessoais, na autoestima e no bem-estar físico. Como o ambiente social e cultural molda a forma como os outros e o próprio reagem à deficiência, este estigma tem um grande impacto na vida destas pessoas e frequentemente contribui para a criação de obstáculos que complicam o quotidiano (19).

Existem vários tipos de estigma, sendo que o estigma estrutural tem importantes implicações na vida de todos aqueles que por ele são afetados. Este define-se como o processo no qual as instituições e os sistemas legitimam, perpetuam e exacerbam o estigma existente (20). O estigma nasce de preconceitos e estereótipos que se manifestam na interação social com pessoas com deficiência, e estão na base das designadas barreiras atitudinais.

[2] Definições traduzidas de *International Classification of Functioning, Disability and Health*

Acessibilidade

A acessibilidade pode ser entendida como a forma como um produto, espaço ou serviço está disponível a qualquer pessoa independentemente das suas características, assegurando que todos podem ter acesso ao que necessitam, promovendo a igualdade, e, é por isso, um aspeto que deve ser tido em conta nos projetos de espaços ou produtos.

"A promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática, contribuindo decisivamente para um maior reforço dos laços sociais, para uma maior participação cívica de todos aqueles que a integram e, consequentemente, para um crescente aprofundamento da solidariedade no Estado social de direito." (Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto)

Devido à importância deste tema, em Portugal foi criado o Observatório Português da Acessibilidade Web, uma plataforma que tem como objetivo conhecer a acessibilidade em websites e aplicações móveis para que seja possível perceber os aspetos em que estas ferramentas precisam de ser melhoradas (21). Um outro exemplo é a obrigatoriedade da instalação de meios de comunicação vertical nos edifícios de habitação com um número de pisos superior a cinco ou com uma diferença de cotas entre pisos utilizáveis não superior a 11,5m (Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto).

Barreiras

As barreiras experienciadas pelas pessoas com deficiência são obstáculos à sua vida ativa e entraves ao exercício da sua liberdade e à possibilidade de usufruírem dos seus direitos tal como o fazem as pessoas sem deficiência. No caso particular da saúde, questões sobre a deficiência geralmente não estão incluídas na formação dos profissionais de saúde e, por isso, estas barreiras são perpetuadas e fazem com que não seja possível obter uma história clínica completa, levando a erros médicos e diagnósticos errados. Existem cinco tipos principais de barreiras à acessibilidade (22):

- Barreiras atitudinais relacionam-se com o ambiente social em que a pessoa está inserida e manifestam-se por comportamentos e perceções que levam à discriminação. Devem-se muitas vezes à ignorância em relação aos diversos tipos de deficiência, assim como aos preconceitos existentes;
- Barreiras organizacionais ou sistémicas referem-se a políticas ou práticas discriminatórias;

- Barreiras arquitetónicas ou físicas, existem em edifícios, assim como em espaços exteriores. Exemplos deste tipo de barreiras são a disposição das divisões, a largura das portas e o design de objetos;
- Barreiras de informação ou de comunicação, acontecem quando não se tem a atenção devida às deficiências sensoriais como as da visão e audição;
- Barreiras tecnológicas, ocorrem devido a aparelhos ou plataformas que não foram projetados de forma a serem acessíveis e que não podem ser usados com programas ou dispositivos de assistência.

Exemplos para ultrapassar as barreiras de comunicação, em Portugal, são a aplicação MAI 112 que desde 2019 permite aos cidadãos surdos contactarem os serviços de emergência e o atendimento em Língua Gestual Portuguesa do SNS 24 que desde 2020 possibilita o contacto com a linha e também a comunicação entre profissionais de saúde e doentes nas instituições do Serviço Nacional de Saúde.

O World Report on Disability, de 2011, já chamava à atenção para as barreiras existentes e sugeria que os governos tomassem medidas para tornar os serviços de saúde dos seus países mais acessíveis, sendo para isso necessário reformular políticas (23). O *Global report on health equity for persons with disabilities* aprofunda ainda mais esta problemática, realçando a importância deste tema, como se pode verificar pelos *outcomes* de saúde das pessoas com deficiência em comparação com as pessoas sem deficiência. Estas diferenças não se devem apenas à deficiência sem si, tendo como causa principal as desigualdades em saúde, desigualdades essas que são evitáveis se existir um esforço para reduzir as barreiras e o estigma, aumentando a acessibilidade. Estes fatores levam a que estas pessoas tenham um maior risco de desenvolver novos problemas de saúde, com aumento da morbilidade (2).

1.4.1 Experiências das pessoas com deficiência nos serviços de saúde

De um modo geral, as pessoas com deficiência mostram-se menos satisfeitas com a qualidade e com o acesso à saúde, apesar de experienciarem os cuidados de saúde de diferentes formas, variando de acordo com a cultura, o sistema de saúde e o tipo de deficiência que têm. Por estas razões, as preocupações principais de cada indivíduo vão ser também diversas. Por exemplo, no caso de a deficiência perturbar o movimento, essa pessoa estará mais preocupada com o transporte até ao local e com a possibilidade de encontrar barreiras físicas no acesso aos cuidados de saúde. Se a deficiência afetar a linguagem e/ou audição, pode haver mais receios relativamente à comunicação (24).

Em muitas situações, esta população reporta sentir-se negligenciada pelos profissionais de saúde, tendo com eles fracas relações, as quais se consubstanciam, muitas das vezes, em relações de tipo paternalista, em que não há espaço para a autonomia ou a agência individual. Relatos dão conta de como estes profissionais, frequentemente, fazem com que estas pessoas se sintam inferiores, invisíveis, incompetentes e tratando-as como se elas fossem apenas a sua deficiência. Vários doentes queixam-se também de que os médicos os excluem das conversas, falando somente para os seus cuidadores ou acompanhantes, mesmo quando é o doente quem toma as decisões sobre a sua própria saúde (24).

Um outro problema mencionado, é o facto de que os profissionais de saúde, como qualquer outra pessoa, terem preconceitos, os quais interferem com os cuidados prestados, não tendo em consideração que algumas pessoas, embora tenham, do ponto de vista médico, uma deficiência, não se identificam como uma pessoa com deficiência. Em algumas ocasiões, são feitas perguntas intrusivas sobre a vida pessoal dos doentes, que em nada se relacionam com o problema que naquele momento leva a pessoa com deficiência a procurar cuidados de saúde. Por outro lado, acontece com muita frequência os profissionais de saúde, ao assumirem que a pessoa não vai entender ou então por esquecimento ou desconhecimento da existência de deficiências que complicam a comunicação, não transmitirem informações importantes ou não explicarem as instruções sobre os procedimentos que vão ser realizados. Isto não acontece apenas com médicos e enfermeiros dentro dos consultórios e nas enfermarias, mas também sucede quando a pessoa tem de marcar uma consulta ou um exame e quando aguarda numa sala de espera. É importante não esquecer as consequências que estas barreiras atitudinais e de comunicação têm nos resultados em saúde (25).

2. Procedimentos Metodológicos

2.1 Objetivos

Recordam-se aqui os objetivos definidos para a presente investigação, dado que a natureza da opção metodológica e os métodos de recolha de dados selecionados estão relacionados com os propósitos que orientam toda a pesquisa.

Esta investigação tem como objetivo geral conhecer as barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva das pessoas com deficiência.

Quanto aos objetivos específicos, são eles:

1. Avaliar os diferentes tipos de barreiras existentes nos cuidados de saúde que são percecionadas pelas pessoas com deficiência.
2. Perceber de que forma o capacitismo influencia o atendimento prestado pelos profissionais de saúde às pessoas com deficiência.
3. Dar espaço às pessoas com deficiência para que se possam expressar e ser ouvidas quanto às dificuldades sentidas no interior dos serviços de saúde.
4. A partir da análise das dificuldades percecionadas pelas pessoas com deficiência, propor recomendações no sentido de melhorar os cuidados de saúde para as pessoas com deficiência.

2.2 Metodologia

Existem diversas metodologias de investigação que podem ser usadas, sendo que a escolha da mais adequada relaciona-se com o que se pretende ficar a conhecer e a sua profundidade. É a natureza das questões que se colocam e o tipo de respostas que procuramos obter que deve guiar a opção metodológica (26).

De forma a dar resposta às questões formuladas para cumprir os objetivos deste trabalho, a metodologia adotada para a presente investigação é de natureza qualitativa, uma vez que se pretende captar as perceções das pessoas com deficiência a partir das suas experiências subjetivas, procurando aceder ao modo como produzem significados em torno da sua experiência, no que aos cuidados de saúde diz respeito. Como o que se pretende é compreender a natureza de um dado fenómeno, nomeadamente aspetos e especificidades, que não podem ser captados por via da quantificação, o recurso a uma metodologia qualitativa é o mais adequado, dado que esta não tem como intenção quantificar nem enumerar (27). Como o objetivo é o de compreender os fenómenos, não se pretende

atingir o universo ou um público-alvo alargado. Assim, procura-se a análise em profundidade, dado que as experiências pessoais estão dependentes de diversos fatores, que também nos interessa aqui conhecer, sendo fenómenos complexos (28).

Além dos aspetos anteriormente mencionados, a metodologia qualitativa é também a mais adequada à compreensão das experiências e vivências de grupos sociais vulneráveis, como é o caso das pessoas com deficiência, dado que permite dar voz às perspetivas e às expetativas destas pessoas, que usualmente se veem afastadas de espaços de participação, por via da exclusão social a que muitas estão expostas.

A seleção dos métodos e técnicas está diretamente relacionada com as questões que se colocam, com as características do objeto e com os objetivos traçados no início da pesquisa a que o investigador se propõe analisar, bem como com a natureza da informação que se pretende obter (29). Assim sendo, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas. A entrevista apresenta-se como uma oportunidade para que o entrevistador possa recolher a informação necessária para a sua investigação e ainda para que o participante tenha um espaço em que possa refletir sobre as suas perspetivas sobre uma dada situação. Com esta técnica de recolha de dados é ainda possível ao investigador ficar a conhecer melhor a história de vida, sentimentos e crenças da outra pessoa, as quais têm importância ao influenciarem o significado atribuído a cada experiência. Para isto, é necessário estabelecer uma relação de confiança. As entrevistas permitem, ainda, que seja possível esclarecer as questões feitas ou as respostas dadas, assim como acrescentar alguma pergunta que se revele pertinente com o desenrolar da entrevista. É essencial que o entrevistador tenha em atenção questões éticas e que tenha a capacidade de se adaptar à pessoa e às circunstâncias em que decorre a entrevista.

A vantagem das entrevistas semiestruturadas é permitirem recolher informação sobre aspetos pertinentes que decorrem da revisão da literatura, mas também que os entrevistados possam trazer tópicos relevantes que não tinham sido tidos em conta, ou seja, ainda que se baseie num guião relativamente flexível de questões, há espaço para o entrevistado abordar aspetos importantes da sua experiência, os quais se constituem como novas dimensões de análise que não tinham sido pensadas previamente.

2.3 Recolha de dados

Neste estudo foi preparado um guião de perguntas (Apêndice I). O guião começa pelas perguntas que permitem a caracterização sociodemográfica da pessoa entrevistada, incluindo características como sexo, idade, situação profissional, tipo de deficiência, há quanto tempo tem essa deficiência e se a pessoa tem algum apoio ou subsídio.

O guião encontra-se depois dividido em três grupos. O primeiro pretende caracterizar a situação de saúde, uma vez que esta pode influenciar a frequência com que a pessoa recorre a cuidados de saúde, assim como a sua experiência nos mesmos. O segundo grupo de questões tem como objetivo conhecer a experiência que a pessoa tem tido nos cuidados de saúde e a sua opinião relativamente à acessibilidade dos serviços, aferir das diferenças percebidas entre os cuidados de saúde primários e os hospitais, terminando com as propostas de melhoria. O terceiro e último grupo refere-se à relação da pessoa com deficiência com os profissionais de saúde, incindindo diretamente em questões como a inclusão nas conversas, o respeito pela autonomia individual, o papel dos acompanhantes e a atenção às especificidades das pessoas com deficiência.

As entrevistas não tiveram restrições geográficas, optando-se por dar a possibilidade de poderem ser feitas em formato presencial ou online, consoante o que fosse mais favorável à pessoa entrevistada. Assim, das 17 entrevistas, 12 foram realizadas em formato online, 4 presencialmente e 1 por escrito, devido a dificuldades na comunicação derivadas da deficiência da pessoa entrevistada. Nas que foram realizadas presencialmente, existiu o cuidado de serem escolhidos locais onde existia acessibilidade e que fossem convenientes a cada entrevistado, sendo sempre garantido conforto e privacidade.

Para chegar até às pessoas com deficiência foram contactadas duas associações: a delegação distrital de Castelo Branco da Associação Portuguesa de Deficientes e a delegação de Castelo Branco da Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal. A maioria das entrevistas foi feita através de contactos informais e algumas por amostra por bola de neve, na qual foi pedido aos participantes sugestões de outras pessoas que poderiam ter interesse em participar no estudo. Por estes motivos, o número de entrevistas não foi definido no início da investigação e esteve dependente do interesse das pessoas contactadas em participar e das informações que foram sendo recolhidas ao longo deste trabalho.

As entrevistas foram feitas entre os dias 27 de abril e 29 de julho de 2024. As datas foram escolhidas de acordo com a disponibilidade demonstrada por cada participante. As entrevistas tiveram uma duração média de 28 minutos, sendo a de menor duração de 11 minutos e a de maior duração de 65 minutos.

Todas as pessoas entrevistadas foram devidamente informadas sobre a natureza da investigação e os seus objetivos. As dúvidas foram prontamente esclarecidas e cada pessoa aceitou a participação neste estudo através da assinatura de um consentimento informado, existindo três versões distintas: a versão que foi a usada para a maioria das entrevistas

(Apêndice II), uma versão para as pessoas surdas em que consta a autorização para a participação de uma intérprete de Língua Gestual Portuguesa (Apêndice III) e uma versão para a entrevista que foi respondida de forma escrita uma vez que nesta não foi necessária gravação (Apêndice IV). Foi também assegurada a confidencialidade da informação, foi explicado que os dados seriam apenas usados para fins académicos e para manter o anonimato foi atribuído um número a cada pessoa entrevistada. Antes de cada entrevista ser iniciada foi explicado que em qualquer momento o participante se podia recusar a continuar a entrevista e podia também optar por não responder a questões.

Um aspeto essencial para este trabalho é a gravação das entrevistas realizadas, com a devida autorização dos entrevistados. As gravações feitas são essenciais para a posterior transcrição integral de cada uma das entrevistas, fazer a sua análise aprofundada e sinopse (Apêndice V), na qual estão enunciadas as categorias e subcategorias de análise.

2.4 Seleção dos participantes

Partindo dos objetivos propostos e tendo em consideração as opções metodológicas foi definido que iriam participar pessoas com deficiência, de forma que pudessem dar voz à sua própria experiência nos cuidados de saúde. Ainda que não se procurasse a representatividade, houve o cuidado de garantir alguma diversidade dos participantes, pelo que se contactaram pessoas pertencentes a diferentes faixas etárias e com diferentes tipos de deficiência.

Critérios de inclusão:

- Ser uma pessoa com deficiência.

Critérios de exclusão:

- Condições mentais e/ou psíquicas que não permitissem a compreensão e a resposta às questões.

3. Análise e interpretação dos dados

3.1 Caracterização dos participantes

Para a elaboração deste trabalho foram realizadas dezassete entrevistas, nove a pessoas do sexo feminino e oito a pessoas do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 (E1) e os 80 anos (E10), sendo a média das idades de 48 anos. Quanto à situação profissional, doze pessoas estão empregadas, quatro são reformadas e uma pessoa está desempregada. Em relação aos tipos de deficiência: 4 pessoas têm deficiência visual, 7 deficiência motora, 1 deficiências visual e auditiva, 1 deficiências motora e auditiva, 1 deficiências visual e motora e 3 deficiência auditiva. Nove pessoas têm deficiência desde nascença, o que significa que as restantes oito pessoas têm uma deficiência adquirida em algum momento das suas vidas. Doze pessoas têm algum subsídio e/ou apoio decorrente da sua deficiência.

Quanto à situação de saúde, 9 dos participantes não têm problemas de saúde. As restantes 8 pessoas têm problemas de saúde de variados tipos, sendo que o impacto destes nas suas vidas será abordado mais à frente nesta dissertação. A frequência com que usam os serviços de saúde varia bastante, indo desde duas vezes por semana até uma vez a cada dois ou três anos, sendo que de uma formal geral as pessoas com mais problemas de saúde usam os serviços de saúde com uma maior frequência. Para 9 dos participantes, o serviço mais usado são os cuidados de saúde primários, 5 consideram que é o hospital, para 2 pessoas são os serviços privados e 1 recorre de igual forma a hospitais e centros de saúde. A maioria esteve pela última vez num serviço de saúde, no ano em que decorreram as entrevistas, em 2024, por motivos de consultas programadas.

Tabela 1- Variáveis de caracterização sociodemográficas das pessoas entrevistadas

	Sexo	**Ida-de**	**Situação profissio-nal**	**Profissão**	**Tipo de deficiên-cia**	**Há quanto tempo**	**Apoio / Subsí-dio**	**Problemas de saúde**	**Frequên-cia com que usa serviços de saúde**	**Serviço de saúde que mais usa**	**Última vez que esteve num serviço de saúde**
E1	Femi-nino	22	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Redatora de conteúdos para redes sociais	Visual total	Desde nascença	Sim	Depressão e Perturbação de Stress Pós-Traumático	Todos os anos	Clínica privada (psiquiatria)	Abril/maio 2023 por gripe
E2	Mas-culino	49	Empregado (trabalhador por conta própria)	Gerente	Motora	Desde nascença	Sim	Nevralgia do trigémio	2 vezes por semana	Hospital (fisioterapia)	No dia da entrevista, fisioterapia
E3	Mas-culino	53	Desempre-gado	-	Visual total	Desde 1997	Sim	Não tem	A cada 2/3 anos	Hospital e centro de saúde	Final de 2023/Início de 2024, alergia cutânea
E4	Mas-culino	38	Empregado (trabalhador por conta própria)	Engenheiro	Motora	Desde 2000	Não	Não tem	De ano a ano	Hospital (Medicina Física e Reabilitação)	Em novembro de 2023 numa consulta de MFR
E5	Mas-culino	59	Empregado (trabalhador por conta de outrem)	Telefonista	Visual total	Desde nascença	Sim	Dislipidemia	Uma vez por ano	Privados	Fevereiro 2024, foi atropelado
E6	Mas-culino	60	Empregado (trabalhador por conta de outrem)	Professor	Visual total	Desde 2008	Sim	Não tem	De 2 em 2 anos	Centro de saúde	Verão de 2023, consulta de rotina
E7	Mas-culino	48	Reformado por invalidez	-	Visual parcial e auditiva	Desde nascença	Sim	Não tem	1 a 2 vezes por ano	Centro de saúde	15 dias antes da entrevista, consulta de rotina no MGF
E8	Femi-nino	44	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Técnica superior de contabilidade	Motora e auditiva	Desde os 13 anos	Não	Sequelas de meningite	2 a 3 vezes por ano	Centro de saúde	Fevereiro 2024, consulta de medicina interna por eczema
E9	Femi-	59	Reformada	-	Motora	Desde	Sim	Epilepsia, doença	Todas as	Centros de	2 meses antes

	nino		por invalidez			2003		da tiroide, dislipidemia	semanas	saúde e centro de fisioterapia	da entrevista, caiu e foi a uma urgência
E10	Mas-culino	80	Reformado	-	Motora	Há 54 anos	Sim	Diabetes, sequelas de Covid19, doença da tiroide	De 6 em 6 meses	Hospital	5 meses antes da entrevista, consulta de rotina
E11	Femi-nino	42	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Educadora de infância	Visual parcial Motora	Desde nascença Desde os 37 anos	Não	Não tem	De 6 em 6 meses	Hospital (Neurologia)	Novembro de 2023 por problemas neurológicos
E12	Femi-nino	49	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Professora de Língua Gestual Portuguesa	Auditiva	Desde nascença	Sim	Não tem	1 a 2 vezes por ano	Centro de saúde	Fevereiro ou março 2024, consulta de rotina
E13	Femi-nino	50	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Professora de Língua Gestual Portuguesa	Auditiva	Desde nascença	Não	Doença da tiroide	De 2 ou de 3 em 3 meses	Centro de saúde	Em maio 2024, rotina
E14	Femi-nino	35	Empregada (trabalhador por conta de outrem e por conta própria)	Nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade	Motora	Desde 2016	Sim	Não tem	2 vezes por ano	Centro de saúde	No dia anterior à entrevista, consulta de rotina MGF
E15	Mas-culino	63	Reformado	-	Motora	Desde 1983	Sim	Não tem	De 2 em 2 anos	Centro de saúde	Na semana da entrevista, consulta de rotina MGF
E16	Femi-nino	50	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Professora de Língua Gestual Portuguesa	Auditiva	Desde nascença	Não	Não tem	Mais que 1 vez por ano	Centro de saúde	Novembro 2023, consulta de rotina
E17	Femi-nino	27	Empregada (trabalhador por conta de outrem)	Apoio ao cliente	Motora	Desde nascença	Sim	Insuficiência respiratória grave, fraqueza muscular generalizada, PEG, depressão e ansiedade crónica, TOC e suspeita de PHDA, dermatite seborreica	3 vezes por mês	Hospital	1 mês antes da entrevista, consulta de otorrinolarin-gologia

3.2 Situação de saúde e cuidados de saúde

Em 17 participantes, oito têm problemas de saúde, e a maioria destas pessoas considera que esses problemas têm um grande impacto na sua vida, seja por complicarem atividades da vida diária, levando a que a pessoa tenha que se adaptar a essas limitações, seja por serem comorbilidades que implicam mais idas aos serviços de saúde e necessidade de mais recursos para as gerir.

De uma forma geral, a maioria dos participantes qualifica a sua experiência nos cuidados de saúde como boa, apesar das barreiras existentes, embora alguns refiram a existência de situações pontuais em que tiveram uma experiência menos positiva. Um destaque positivo foi dado por uma pessoa com deficiência visual à forma como se acede aos resultados dos exames complementares.

> *(...) eu acho que neste momento elas já vêm em suporte acessível, ou seja, eu recebo-as no mail e vem em formato PDF, mas o PDF vem num formato que nós já conseguimos ler através dos sintetizadores de voz que temos no computador ou nos telemóveis, mas na eventualidade de isso poder acontecer, é bom que não haja retrocesso porque neste momento, pelo menos os que eu tenho feito, tenho tido sempre acesso aos resultados das análises laboratoriais*. (E6, M, 60, professor)

Outros consideram que o tipo de experiência depende dos profissionais que encontram e que, por isso, a sua satisfação é variável. Nas más experiências foi abordado o facto de em alguns casos o que piora a experiência não são os cuidados de saúde propriamente ditos, mas as suas imediações, englobando fatores como o estacionamento, as distâncias a serem percorridas e os percursos pouco acessíveis até à entrada, barreiras especialmente presentes para pessoas com deficiência motora. Outro facto a destacar, é o de que todas as pessoas surdas entrevistadas terem classificado a sua experiência como má, o que se deve principalmente à falta de intérpretes de Língua Gestual Portuguesa e as consequentes dificuldades na comunicação.

Um aspeto destacado por quem tem deficiência desde nascença ou desde idades jovens é a passagem dos serviços pediátricos para as especialidades dedicadas aos adultos. Isto reflete-se numa experiência que vai piorando ao longo do tempo.

> *A passagem da pediatria para os adultos é um choque muito grande, tanto para o utente, como para quem costuma acompanhá-lo (no meu caso, os meus pais). Há*

> *muita coisa que se perde — o tempo que os profissionais têm para nós, a humanidade e, por vezes, procedimentos que até então funcionavam bem. A minha passagem foi dentro do mesmo hospital, mas a sensação foi como se o serviço dos adultos pertencesse a outro hospital e não houvesse qualquer ligação entre os dois serviços durante a passagem das pastas*. (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Foi ainda referido, por alguns dos participantes, a importância de a sua experiência não ser pensada apenas na pessoa com deficiência enquanto utente, mas também enquanto acompanhante e como visitante de pessoas que estão internadas.

> *(…) nós não podemos olhar para a pessoa com deficiência, só que vai ter acesso ao cuidado de saúde. Podemos ser nós os acompanhantes, portanto, nesse sentido já me limitaram, não só no acesso a esse cuidado de saúde, mas também obrigarem-me, obviamente, a chamar outra pessoa para ir com o meu filho a uma urgência*. (E4, M, 38, engenheiro)

> *O que é que tem o filho? E isso também é muito angustiante para nós pais, não é? Eu, quando tive a minha filha e que tive que ir com ela para o hospital, foi muito complicada a minha comunicação com eles. Foi, e foi muito preocupante*. (E16, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)

> *(…) se eu quiser ir visitar um familiar ou um amigo meu sozinho ao hospital é complicado. Como é que eu ando lá dentro sozinho*? (E5, M, 59, telefonista)

A literatura consultada refere que as pessoas com deficiência se mostram menos satisfeitas com os cuidados de saúde (24). A partir das entrevistas realizadas, pode-se concluir que apesar das barreiras referidas e dos problemas existentes na área da saúde, a maioria das pessoas qualificou a sua experiência como sendo boa, não sendo possível a comparação com a experiência vivenciada pelas pessoas sem deficiência. Contudo, cada experiência é pessoal, existindo alguns pontos em comum, sobretudo em pessoas com o mesmo tipo de deficiência, aspeto que será abordado com mais detalhe na subcategoria que se segue.

3.2.1 Barreiras existentes nos cuidados de saúde e a sua influência na qualidade do serviço prestado

A acessibilidade é um elemento fundamental para garantir a igualdade e é posta em causa pela existência de barreiras que constituem obstáculos à vida diária das pessoas com deficiência, muitas vezes impossibilitando que as mesmas possam tirar partido dos seus direitos de forma plena e limitando a sua autonomia (3). Com o objetivo de se saber quais

são as barreiras que mais dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos cuidados de saúde, foi-lhes questionado quais são os tipos que mais as afetam e de que forma essa situação tem influência no serviço que recebem. Com frequência pode-se constatar que as pessoas com o mesmo tipo de deficiência referiram as mesmas barreiras e que os diferentes tipos interagem entre si para tornar os serviços menos acessíveis.

O tipo de barreiras que foi mais vezes mencionado pelos participantes foi as barreiras arquitetónicas ou físicas. Relembrando a sua definição, estas são as barreiras existentes em edifícios e em espaços exteriores (22). As pessoas cegas referiram que frequentemente não conseguem encontrar o local para onde se devem dirigir, uma vez que têm grande dificuldade em se orientarem no espaço, pela falta de sinalização adequada. Outro problema levantado foi a existência, ainda em muitos locais, de portas de vidro que não são automáticas e que constituem um perigo para a segurança dos utentes. Já no caso dos participantes com deficiência motora, estes assinalaram como problemáticos os estacionamentos e os acessos aos cuidados de saúde, como os passeios, também a carência de rampas construídas de maneira que possam cumprir o seu propósito, ou, por outro lado, a ausência das mesmas, assim como a existência de degraus e de escadas sem corrimão. Foram ainda referidos os balcões de atendimento, que frequentemente não têm uma altura adequada a pessoas que usam cadeira de rodas, as casas de banho, que não estão corretamente adaptadas, e o facto de os equipamentos não estarem pensados para estas pessoas. São exemplos disso mesmo as macas, que impossibilitam que algumas pessoas se consigam transferir sozinhas, as cadeiras, que não são confortáveis nem seguras, e os aparelhos dos exames complementares, como os aparelhos de raio X ou as máquinas de mamografia, que não estão adaptadas a pessoas com limitações na mobilidade. Estes últimos podem também ser incluídos num outro tipo de barreiras, as barreiras tecnológicas, que se definem como aparelhos ou plataformas que não foram projetados de forma a serem acessíveis (22). Uma outra situação relatada foi a de que quando há obras em hospitais ou centros de saúde são criados acessos temporários, que muitas vezes também não são pensados para as pessoas com deficiência.

> *(…) eu tenho um filho de 2 anos, portanto um bebé, e quando fui com ele às urgências, eu não pude entrar porque não havia estacionamento próximo e, portanto, fui claramente discriminado pela minha situação física*. (E4, M, 38, engenheiro)

O segundo tipo de barreiras a ser mencionado são as barreiras de informação ou de comunicação. Estas afetam principalmente as pessoas com deficiência visual e as pessoas com deficiência auditiva e ocorrem quando quem trabalha nos cuidados de saúde não tem

em atenção a adaptação que é necessária para que estas pessoas não se sintam excluídas (22,24). Para as pessoas cegas é difícil fazer uso do sistema que existe em muitos locais, onde é necessário tirar senha para se ser atendido. Em primeiro lugar, porque é difícil tirar a senha nas máquinas que existem para o efeito, se não houver ninguém que as auxilie, em segundo lugar, porque não sabem qual o número que está na sua senha e, por último, porque não conseguem ver os ecrãs que dizem quando é a sua vez de serem atendidas, sendo que mesmo quando o seu nome ou número é chamado nos altifalantes, é difícil ouvir. É também um obstáculo o preenchimento de formulários, como é o caso daqueles que são necessários para solicitar uma consulta aberta no centro de saúde. Já no caso das pessoas com deficiência auditiva, é essencial a existência de ecrãs, para que saibam quando estão a ser chamadas para serem atendidas.

As barreiras na comunicação são especialmente sentidas por estas pessoas pela falta de intérpretes nos cuidados de saúde, o que faz com que seja muito complicada a comunicação com os profissionais de saúde, problema este que foi agravado durante a pandemia COVID-19 devido ao uso de máscaras, o que impossibilitava as pessoas surdas de fazerem leitura labial e que frequentemente ainda está presente nos dias de hoje. Apesar de todas as pessoas surdas entrevistadas referirem que é essencial que existam intérpretes de Língua Gestual Portuguesa nos cuidados de saúde, é importante referir que nem sempre esta é a melhor solução para este tipo de barreiras, pois a presença de intérprete interfere com a privacidade que é percecionada pelo doente, com especial importância na área da saúde mental.

> *Por exemplo, vamos imaginar, no centro de saúde ou numa consulta noutro lado, tenho que pedir uma intérprete, mas isto é com antecedência que isto é possível agora, se num acontecimento, algo que aconteça repentinamente, é muito complicado arranjar uma intérprete assim na hora. Por exemplo, no médico até para chamarem, eu não consigo ouvir chamar o meu nome e eu tenho que andar sempre a avisar "Olhe quando ouvir o meu nome diga-me", as pessoas esquecem-se. Se houvesse um ecrã era mais fácil, eu conseguia perceber quando era a minha vez, quando me estavam a chamar. Agora assim tenho eu que estar muito atenta, quando vem lá alguém, se me estão a chamar a mim, se não estão. Às vezes até eu pergunto "É a mim que me estão a chamar?" e eles dizem sim ou não. Pronto, é complicado. Só que se for assim uma coisa repentina, de alguma doença que tenha, quer dizer, não tenho ali uma intérprete. É uma barreira enorme.* (E16, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)

> *(...) eu não gosto muito de ir a consultas, sou sincera, não sou muito de ir ao hospital, porque eu quando vou gostava de ter uma conversa privada para poder falar de mim mais à vontade, estar à vontade. O estar à vontade com uma intérprete ou com outra pessoa é muito complicado, não é algo que me sinta confortável.* (E16, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)

Um outro tipo de barreiras com que as pessoas com deficiência se deparam são as atitudinais. Estas são as barreiras que mais se relacionam com o ambiente social e a cultura em que a pessoa com deficiência está inserida. Têm como base o desconhecimento existente sobre o tema da deficiência, gerando assim preconceitos que se refletem nos comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde (22,25). As barreiras atitudinais tal como os outros tipos de barreiras, variam em grande parte com o tipo de deficiência, mas também com a experiência individual de cada pessoa, e se já teve ou não alguma situação menos agradável relacionada com os profissionais. Algumas pessoas participantes mencionaram a falta de preparação por parte de quem trabalha nos cuidados de saúde para lidar com pessoas com deficiência, levando regularmente a que tenham atitudes desadequadas, como não prestar o auxílio necessário ou, pelo contrário, tentar ajudar de forma exagerada e quando não é oportuno, fazendo com que as pessoas se sintam infantilizadas (8).

A falta de formação reflete-se, assim, em atitudes capacitistas, das quais muitos profissionais nem sequer estão conscientes, perpetuando o modelo biomédico ao invés de adotar o modelo biopsicossocial. Desta forma, não é tida em conta a individualidade nem a autonomia da pessoa e não é possível dar resposta a alguns dos problemas que chegam até aos profissionais de saúde, principalmente aqueles que envolvem as esferas da vida da pessoa com deficiência que continuamente são ignoradas, como é o caso da sexualidade, parentalidade e atividade profissional (3,13). Este ponto está demonstrado no excerto seguinte:

> *Atitudinalmente, para mim é a barreira mais gritante, e que ainda hoje mexe brutalmente comigo. Nos últimos anos, tem sido frequente terminar as consultas ou exames num estado de enervamento extremo, a chorar compulsivamente. A classe médica é dos setores mais capacitistas que existem na sociedade, e mais resistente às mudanças socioculturais. O foco é a doença, e nunca a pessoa ou o seu contexto social e familiar. No que toca às pessoas com deficiência, há um constante tom paternal e condescendente durante os serviços; é muito difícil sermos levados a sério e sermos ouvidos. A escuta ativa é algo que não se vê nos serviços de saúde. O setor está repleto de preconceitos (ideias preconcebidas)*

> *sobre nós, que influenciam em grande escala o serviço que é prestado. A sexualidade e o direito à parentalidade é algo que é completamente ignorado; o emprego das pessoas com deficiência é visto como uma "ocupação dos tempos livres", e não como um meio de sustento financeiro, tal como é para qualquer outro cidadão*. (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Outras pessoas referiram que já lhes aconteceu encontrarem médicos que não deixaram que os seus acompanhantes entrassem na consulta, situação que complica ainda mais a experiência, como está explícito no testemunho que se segue:

> *Por exemplo, no hospital, não deixam ir as pessoas acompanhadas. Acho que eles devem, acho que a lei diz que podemos ir acompanhados, mas o que eles fazem é que não nos deixam ir acompanhados. (…) Para já o tempo passa mais rápido e depois a pessoa sente-se muito melhor. Depois há outra situação: no caso da minha situação era no corpo, as borbulhas que eu tinha, e a pessoa que ia comigo via melhor e explicava muito melhor aquilo que eu tinha do que eu, porque eu sentia, claro, mas não via o aspeto das coisas*. (E3, M, 53, desempregado)

Além disso, foi apontado como um ponto negativo o facto de que por vezes os profissionais de saúde excluírem as pessoas com deficiência, e fazem-no ao não falarem diretamente com quem é o doente durante as conversas que são sobre a sua própria saúde, ou então ao não respeitarem a autonomia. Este ponto será abordado mais profundamente na categoria "Relação com profissionais de saúde".

> *(…) em termos comunicacionais, quer as assistentes administrativas, quer muitas vezes o corpo clínico, se nós formos acompanhados, a tendência que as pessoas têm é a de falar para o acompanhante e não para a pessoa e, portanto, isso a mim incomoda-me particularmente e eu normalmente costumo chamar a atenção de quem está a fazê-lo. Para além de outros procedimentos, por exemplo, para exames de diagnóstico, etc. As pessoas tentam fazer o melhor que podem, mas muitas vezes completamente desproporcionais ou completamente fora de contexto, ou seja, desapropriado, desajustado, a forma como nos ajudam a locomover ou a levar-nos para os aparelhos, ou o que seja. Embora a gente reconhece que fazem o melhor que podem, mas acho que é necessária uma formação um bocadinho mais especializada*. (E6, M, 60, professor)

A salientar, ainda relativamente às barreiras atitudinais, a falta de atenção para com as deficiências invisíveis. É preciso estar alerta para a sua existência, de modo a que sejam identificadas, respeitadas e tidas em consideração nos cuidados de saúde.

> *(…) eu sou mais ou menos autónoma, praticamente, e muitas vezes as dificuldades é em saber para onde é que eu vou. Por onde é que eu entro? Onde é que é? Porque as pessoas olham para mim, quem não sabe, se eu estiver quieta eu praticamente pareço uma pessoa que não tem incapacidade. Muitas vezes eu tenho que perguntar, e às vezes, como não há sinalização, a maior parte das vezes é quase uma ofensa eu perguntar por onde é que é a passagem, para onde é que é o sítio. Porque eu tenho que dizer que sou uma pessoa com incapacidade ou que tenho incapacidade ou que tenho prioridade e ficam quase ofendidas de eu pedir prioridade e dizer por onde é que eu tenho que passar. Isso porque não há sinalização, porque se houver sinalização eu não tenho que pedir nada e passo, e vou.* (E9, F, 59, reformada)

As pessoas surdas mencionaram a falta de cuidado para com os seus pedidos para que sejam avisadas quando são chamadas para serem atendidas, uma vez que devido às barreiras de comunicação na maioria das vezes não têm outra forma de saber quando é a sua vez.

> *(…)* muitas das vezes estou ali 1 hora, 2 horas e as pessoas a quem eu chamei à atenção a dizer que sou surda para quando chamarem o meu nome me dizerem não se lembram de mim, deixam de me chamar. Eu entendo que também têm o trabalho delas, mas quer dizer, eu ainda faço este trabalho de casa de dizer à pessoa que sou surda e quando me chamarem para me dizerem porque eu não oiço, porque é pelo altifalante. Mas, quer dizer, as pessoas também têm que ter um bocadinho de sensibilidade. Eu não tenho culpa. Eu sei que elas também não têm culpa, mas quer dizer, eu aviso-vos. (E13, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)

O último tipo de barreiras a apresentar consistem nas barreiras organizacionais ou sistémicas. Estas são o reflexo das políticas implementadas e da forma como os serviços e as instituições estão organizados (22). Dentro deste tipo, é necessário realçar a dificuldade existente no acesso a consultas de especialidades médicas e a falta de médicos de família, o que tem como consequência a necessidade de recorrer ao setor privado. Mesmo quando a pessoa tem acompanhamento pela especialidade de que necessita, é frequente ter de percorrer grandes distâncias para poder ter acesso a essas consultas ou tratamentos, o que

implica mais gastos com o transporte, agravando ainda mais as dificuldades económicas já sentidas por algumas pessoas.

> *É assim, isso já parte um bocado mais a nível da política do Estado, mas haver mais apoio financeiro às pessoas com deficiência. Outra das barreiras que existe, por exemplo, ao acesso à ambulância para deslocação a consultas. (...) por exemplo, este ano vou de táxi a Coimbra pelo menos 3 vezes e são 130 euros de cada vez, podendo ir de ambulância, só porque recebo um bocadinho mais do que quem tem insuficiência económica. Isso é um serviço que podia ser isento.* (E7, M, 48, reformado)

Quanto à influência que as barreiras aqui enumeradas têm na qualidade do serviço que é prestado, a maioria dos participantes considerou que a qualidade é influenciada negativamente. Mesmo quem não pensa que a qualidade seja diretamente afetada pela existência de barreiras, referiu que a existência destes obstáculos influencia negativamente a experiência da pessoa nos cuidados de saúde ao dificultarem a acessibilidade, interferirem na forma como a pessoa se sente e impossibilitando muitas vezes o exercício da autonomia individual. Estes achados são concordantes com o *World Report on Disability* de 2011 e com o *Global report on health equity for persons with disabilities*. Ambos os relatórios da OMS realçam a importância de acabar com as barreiras existentes, de forma a reduzir as desigualdades com que se deparam as pessoas com deficiência (2,23).

> *Ai, sem dúvida. Eu acho que, naturalmente, em primeiro lugar, acho que há muito a ideia de que as pessoas com deficiência passam a vida em médicos, o que não necessariamente é verdade, mas porque somos pessoas e podemos efetivamente, ou ter como eu visitas de rotina ou ter visitas constantes, já há uma carga associada a nós irmos a uma consulta médica, sei lá, os receios, etc. Com toda esta programação que nós temos que fazer ou toda esta antecipação de possíveis constrangimentos que nós já sabemos que vamos encontrar, eu acho que torna toda esta experiência menos agradável e pode mesmo, e acredito que em muitas pessoas cause, grandes níveis de ansiedade e até às vezes de evicção, ou seja, evitar ter que ir aos cuidados de saúde e negligenciar essa parte da nossa vida.* (E14, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)

> *Principalmente para mim, porque se eu quiser lá ir tenho que levar alguém comigo, porque se eu quiser lá ir sozinho, que eu posso, porque tenho todas as condições para eu resolver o problema sozinho, mas nesse caso, como não tem*

> *condições, aí já não posso ir sozinho e já tem que alguém me acompanhar para eu ir lá*. (E15, M, 63, reformado)

Um último aspeto a ter em consideração é o das diferenças entre a acessibilidade nos centros de saúde e nos hospitais. Uma grande parte das pessoas entrevistadas tem a opinião de que, de uma forma geral, os centros de saúde são locais mais acessíveis. As razões que sustentam este ponto de vista variam com o tipo de deficiência e com os locais mais frequentados. Por exemplo, as pessoas cegas, nos centros de saúde, dado que são locais mais pequenos, têm maior facilidade em memorizar os percursos. Também para as pessoas surdas não existem tantas barreiras na comunicação, uma vez que, habitualmente, já conhecem os profissionais. Um outro aspeto que contribui para esta relativa maior acessibilidade está relacionado com a menor afluência de pessoas e com o facto de as consultas serem geralmente com o médico de família, com quem já existe uma relação prévia.

> *(...) os hospitais, por exemplo, o espaço é muito maior, não dá para nós conseguirmos ouvir de todo, não é? O centro de saúde é um local um pouco mais pequeno, dá para eu conseguir ouvir alguma coisa, estar com atenção e ver quando me estão a chamar. Nos hospitais é muita a confusão, o espaço é muito maior e no hospital é muito difícil percebermos quando nos estão a chamar a nós*. (E12, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)

> *Obviamente, eu sinto-me muito mais confortável no centro de saúde, mas acho que é pela relação de proximidade que já tenho com as administrativas, com a médica de família, sinto-me um bocadinho em casa, já vou lá há muitos anos, portanto, acho que isso contribui para uma experiência mais agradável*. (E14, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)

Para uma minoria dos participantes, os hospitais são mais acessíveis em comparação com os centros de saúde, argumentando que como os hospitais dão assistência a áreas geográficas maiores, que englobam mais pessoas com maior diversidade entre si, os profissionais já não estão tão circunscritos a um meio. Outro motivo apresentado está associado ao internamento, onde há mais tempo de contacto por parte dos profissionais com os doentes, o que leva à necessidade de criar soluções para as necessidades apresentadas, de forma a melhorar a experiência e a facilitar o trabalho de médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Os restantes participantes não consideram que existam diferenças significativas entre centros de saúde e hospitais, sendo que as barreiras

diferem mais consoante os edifícios, se são mais recentes ou mais antigos, e com o facto de se ser ou não atendido por profissionais que já se conhece previamente.

3.2.2 Proposta de mudanças a fazer nos cuidados de saúde

Após exporem os seus pontos de vista quanto às barreiras existentes, foi questionado a todos os participantes de que forma poderiam os cuidados de saúde ser melhorados para que se tornassem mais acessíveis. Naturalmente, as repostas dadas são possíveis soluções aos problemas apresentados por cada pessoa, de acordo com a sua experiência pessoal.

Para colmatar as barreiras atitudinais seria importante aumentar a formação dos profissionais, para que tenham uma maior consciencialização desta problemática, o que contribuiria também para uma comunicação mais eficaz e para o abandono do modelo biomédico, passando a preferir seguir um modelo biopsicossocial (25). Este ponto será mais desenvolvido na categoria seguinte.

> *Os cuidados de saúde deviam ter uma componente muito mais humanística e social do que têm atualmente. (…) É necessária uma mudança de paradigma radical. Passar o foco da doença/saúde, para a pessoa e a sua respetiva qualidade de vida, no seu meio ambiente. Está comprovado pela OMS que as doenças crónicas vão aumentar e vão fazer parte da vida da maioria das pessoas. Um profissional de saúde não serve a doença, serve a pessoa. O impacto desta mudança é astronómico. É preciso que os médicos tenham mais contacto no terreno com as comunidades, fora dos hospitais. O contexto hospitalar é um meio controlado, enquanto a vida das pessoas não é. Há muitos fatores externos a considerar, que influenciam as respostas às soluções dadas. Se o peso destes fatores for desproporcionalmente inferior ao peso dos fatores anatómicos-biológicos, os cuidados de saúde serão sempre deficientes.* (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Ainda para diminuir este tipo de barreiras, seria importante que mais pessoas com deficiência trabalhassem nos cuidados de saúde, desta forma, as pessoas com deficiência sentir-se-iam mais representadas.

> *Eu quando acabei o curso, tirei bioquímica, eu tentei arranjar trabalho aqui [no hospital] por causa do laboratório. (…) Mesmo assim achei que não havia vontade de integrar pessoas com deficiência.* (E2, M, 49, gerente)

Em relação aos profissionais de saúde, foi ainda referido que seria desejável que tivessem maior conhecimento sobre doenças que estão associadas a algumas deficiências, ou que

pelo menos estivessem alerta para a possibilidade da sua existência, incluindo doenças raras. Este aspeto é especialmente importante fora dos grandes centros, onde, muitas vezes, há menos especialistas em determinadas áreas, tornando difícil que algumas pessoas sejam corretamente diagnosticadas e orientadas. Estando mais informados sobre estes assuntos, estariam também mais disponíveis para fornecer informações sobre produtos de apoio às pessoas que deles necessitam e que frequentemente não têm sequer conhecimento da sua existência.

Ao nível das barreiras organizacionais ou sistémicas, deveria existir maior facilidade na marcação de consultas, com menos burocracia envolvida e a possibilidade de existirem cuidados médicos ao domicílio de forma mais abrangente. No caso de um doente necessitar de se deslocar por longas distâncias para aceder aos cuidados de saúde de que necessita, o transporte deveria ser-lhe assegurado, de forma a não ser mais uma despesa a sobrecarregar a pessoa. Foi ainda mencionado que seria conveniente que existissem melhores condições não só para os doentes, mas também para os profissionais de saúde, e que os tempos de espera fossem menores, devendo as pessoas com deficiência ter prioridade no atendimento.

> *Nós somos atendidos tal e qual como os outros onde nós devíamos ter esse sistema [de prioridade] porque uma pessoa está sentada numa cadeira de rodas durante 7 ou 8 ou 10 ou 12 horas se a gente não for descansar e aí uma pessoa estar ali dentro de um hospital ali à espera tantas horas. Há pessoas graves, não é? Têm que ser atendidas mais rapidamente, mas quando não há pessoas graves, nós devíamos ter prioridade (…).* (E15, M, 63, reformado)

Relativamente às barreiras arquitetónicas ou físicas, a construção dos edifícios deve ser pensada para ser acessível a todas as pessoas, incluindo não só o interior dos hospitais e centros de saúde, mas também as suas imediações. Isto inclui rampas com uma inclinação adequada, casas de banho corretamente adaptadas, a existência de balcões rebaixados e estacionamentos garantidos para quem tem dístico. Uma ideia sugerida foi a de se fazer os trajetos com pessoas com mobilidade condicionada para se perceber se estes são realmente acessíveis e o que pode ser melhorado. Outra sugestão consiste em organizar os locais onde se localiza cada serviço, de maneira que, por exemplo, especialidades como neurologia e medicina física e reabilitação, aonde vão muitas pessoas com incapacidade, estivessem mais perto e no mesmo piso das entradas, para que não seja necessário percorrer grandes distâncias dentro dos hospitais. Além disso, deve ser garantido que os espaços são adequados e têm espaço suficiente para permitir a movimentação de pessoas que usam cadeira de rodas.

> *Acima de tudo que quando se pensa no edifício ou quando se fazem obras, que se pense obviamente que uma pessoa com deficiência pode ter que se deslocar até lá.* (E4, M, 38, engenheiro)

Para facilitar a acessibilidade para as pessoas cegas poderiam existir sistemas informáticos que lhes permitissem orientar-se no espaço, ou então haver o apoio de uma pessoa adequadamente treinada para as guiar dentro das instalações. Para solucionar o problema da existência das portas de vidro, estas deviam ser automáticas e ter um aviso sonoro a informar aquando da sua abertura.

Ainda dentro deste tipo de barreiras, seria relevante que os equipamentos fossem os corretos para serem usados por todos, nomeadamente, macas elétricas e cadeiras dentro dos consultórios que sejam confortáveis e seguras. Todas as máquinas onde são feitos os exames também deveriam ser facilmente usadas por qualquer pessoa, independentemente das suas limitações, eliminando simultaneamente barreiras físicas e tecnológicas.

Pessoas com deficiência auditiva referiram a importância de existirem ecrãs nos serviços de saúde com o nome e/ou número de senha para que lhes seja possível saberem quando é a sua vez de serem atendidas, mitigando assim uma barreira de comunicação que é das que mais as afeta. Uma solução alternativa seria a existência de sinais luminosos, por exemplo vermelho e verde, nas portas dos gabinetes para que as pessoas saibam quando podem entrar. Outra barreira importante sentida por estas pessoas é a difícil comunicação com os profissionais, o que seria melhorado se existissem intérpretes de LGP nos cuidados de saúde, idealmente de forma presencial, mas também seria benéfico existir uma central com intérpretes com os quais pudesse ser feita videochamada, sempre que existisse essa necessidade.

3.3 Relação com profissionais de saúde

Apesar de a forma como a deficiência é vista se ter vindo a alterar ao longo do tempo, as ideias capacitistas estão ainda muito presentes (8). Os profissionais de saúde, tal como todas as outras pessoas, são influenciados pelo meio em que se inserem e têm os seus preconceitos, os quais, enquanto não forem desconstruídos, vão continuar a refletir-se no atendimento prestado (25). Nesta categoria irá ser abordada a relação das pessoas com deficiência com os profissionais de saúde.

Quase todas as pessoas afirmaram que já se sentiram tratadas de forma diferente e que frequentemente percebem que existe, por parte dos profissionais, pouca paciência para responder às dúvidas e dar explicações mais detalhadas. Estas situações fazem com que as

pessoas não gostem de ir aos cuidados de saúde pela incerteza sobre como é que serão atendidas pelos profissionais, sendo que a necessidade de ir a um hospital ou centro de saúde pode até ser geradora de alguma ansiedade. Para além disso, é habitual a infantilização das pessoas com deficiência, ou então dirigem-se a elas como se tivessem deficiência intelectual, o que leva a que as pessoas se sintam menosprezadas e tratadas de forma condescendente (8,25). Alguns profissionais mudam esta postura quando se apercebem que quem têm à sua frente é mais capaz do que eles pensavam, compreende as informações dadas, tem um emprego, uma família e faz a sua vida normal como qualquer outra pessoa, apesar de poderem ter algumas limitações, na sua maioria impostas pela sociedade.

> *(…) nós sentimos um bocadinho, que para além da deficiência que temos, parece que temos outras e isso incomoda francamente. Não gosto de me sentir assim e normalmente eu reajo, não de forma agressiva, mas obviamente chamar a atenção às pessoas para que de facto isso não se faça. (…) Somos assim um bocadinho tratados como se tivéssemos défice cognitivo e isso também incomoda bastante.* (E6, M, 60, professor)

> *Eles não explicam, é tudo a despachar, é complicado. Eu gostava que me explicassem mais a fundo o porque é que aconteceu aquilo, mas não, eles resumem e eles despacham-nos.* (E16, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)

Tal como referido anteriormente, os preconceitos existentes refletem-se no serviço dos profissionais de saúde. Um exemplo é que alguns meios de diagnóstico e tratamentos podem ser vistos como fúteis, já que a pessoa, como tem uma deficiência, nunca irá ficar totalmente "curada", prevalecendo a orientação do modelo biomédico (3,9).

> *(…) há muito capacitismo, paternalismo e condescendência à volta do tratamento das pessoas com deficiência. Somos mais facilmente menosprezados e menos ouvidos do que as outras pessoas. Pessoalmente, sinto inclusive um certo descuido nos tratamentos, como se o tratamento a uma pessoa que será sempre "doente" não tenha o mesmo valor do que um tratamento realizado numa pessoa sem deficiência que tenha mais perspetivas de ficar "curada". Porque, lá está, o foco está na saúde/doença e não na pessoa.* (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Outra crença que afeta o atendimento é a de que não existe sexualidade para as pessoas com deficiência, como é ilustrado pelo seguinte excerto.

> *Pouco tempo depois de ter passado para o serviço de adultos da pneumologia, a médica chamou a minha mãe à parte para lhe perguntar se eu era virgem, e se a minha mãe tinha a certeza, pois já tinha tido um caso de outra rapariga, numa situação semelhante à minha, que se julgava ainda não ter iniciado a sua vida sexual e "de repente" apareceu grávida e foi "o cabo dos trabalhos". Escusado será dizer o quão menosprezada e ofendida me senti quando a minha mãe me contou este episódio.* (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Apesar destas situações, a maioria dos participantes considera que as especificidades das pessoas com deficiência são tidas em conta no atendimento prestado pelos profissionais, sendo que estes tentam adaptar-se à pessoa, tentando ajudá-la da melhor forma possível a superar as limitações existentes e criando soluções alternativas que se adaptem a cada um. Outros participantes referiram que o facto de as especificidades serem ou não tidas em conta depende dos profissionais pelos quais são atendidos, da sua formação na área da deficiência e da sua sensibilidade enquanto pessoa. Quanto a quem considera que as suas particularidades não são tidas em conta, julgam que isso se deve ao facto de grande parte dos profissionais de saúde não saber lidar com pessoas com deficiência, veem a pessoa apenas como a deficiência que tem, ou então tratam apenas a doença e não a pessoa, reforçando uma vez mais a relevância que o modelo biomédico ainda tem (3).

> *(…) muitos profissionais de saúde, regem-se única e exclusivamente pela teoria, não olhando para a pessoa que têm à sua frente, e nós, como seres humanos, somos todos muito diferentes e as pessoas com deficiência também. (…) Eu acho que a nossa deficiência aparece sempre antes da pessoa (…), sei de muitas histórias de efetivamente haver um tratamento quase padronizado, no mau sentido, para diferentes pessoas com deficiência, sendo que a deficiência pode ser a mesma, mas as pessoas são totalmente diferentes, portanto, é absolutamente essencial que os profissionais de saúde cada vez mais olhem para a pessoa na sua especificidade e não para a deficiência na teoria, digamos assim.* (E14, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)

No caso específico das pessoas com deficiência auditiva, é comum que os profissionais de saúde, que na sua grande maioria não sabem LGP, não façam um esforço para conseguirem comunicar, podem até tentar através da escrita, mas muitas pessoas surdas não dominam o português escrito. Com esta postura em relação às dificuldades de comunicação sentidas por esta população, os profissionais contribuem para que as barreiras atitudinais e de comunicação persistam nos cuidados de saúde (24). Se não aceitarem fazer mímica, falar com os acompanhantes ou ter o apoio de intérprete para

fazer a tradução, isto leva a situações desagradáveis e que podem mesmo pôr em risco a saúde da pessoa com deficiência. Foi referido durante as entrevistas que, em geral, é mais frequente que isto aconteça com médicos, dado que os enfermeiros têm um contacto mais próximo com os doentes, têm mais calma e mostram mais empenho na comunicação, tentando fazer mímica e até aprender algumas coisas de LGP.

> *Eu fui ao hospital e um doutor que me mandou deitar, ele estava a falar, eu não percebi nada do que ele estava a falar e eu perguntei "O quê, o quê?", o homem começou a gritar comigo, foi horrível e eu não consegui responder, eu só dizia "Sim" e "Não", não sabia o que é que me estava a perguntar, eu não gostei desse dia. Ele berrava comigo, eu fiquei assim um bocado amedrontada, não é? Não gostei, não foi propriamente uma boa experiência e eu estava grávida (...).* (E12, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)

De salientar, ainda, que a maioria das pessoas entrevistadas afirma já se ter sentido excluída de conversas nas quais os profissionais estavam a dar informações importantes sobre a sua saúde. Estes achados estão de acordo com os achados descritos na literatura, já que frequentemente os profissionais dirigem-se apenas à pessoa acompanhante e, por isso, há quem opte por ir sempre sozinho a consultas para não correr o risco de se sentir ignorado e ter que chamar a atenção para essa questão, sendo essa a única forma de sentirem que são ouvidos (24,25). Algumas pessoas afirmaram que este tipo de situações acontece mais por parte da classe médica, em comparação com as outras classes profissionais que trabalham em contextos de saúde.

> *Não, não sou incluída. Por isso é que eu, a partir do momento que eu comecei a tomar decisões sobre a minha saúde, eu vou sozinha a todos os sítios que eu posso ir, mesmo que tenha que levar alguém e às vezes o médico diz "Pode entrar" e eu digo "Não, não pode entrar nada. Eu venho sozinha.".* (E1, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)

> *Há muita tendência em conversar-se com quem está nos está a acompanhar. Agora que tenho 27 anos, sempre que mudo de médico, tento ser eu a dirigir a conversa, ou, sempre que é possível, em estar sozinha no gabinete, para obrigar os profissionais a falarem comigo diretamente. É quase como que um ato de rebelião, educação e ativismo: aprende a lidar comigo, estou aqui, não tens por onde fugir*. (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Quanto à pergunta relativa à autonomia, e em que medida esta já foi alguma vez posta em causa, os participantes ficaram divididos, uma vez que cerca de metade afirmou que a sua autonomia já foi desrespeitada e à outra metade nunca lhe sucedeu uma situação deste tipo.

> *De repente, após ser observada novamente pelos médicos e enfermeiros, e por não detetarem nada de errado com o botão (por fora…) que justificasse as minhas dores, colocam um aparelho portátil de RX em cima do meu abdómen e fazem uma radiografia sem me comunicarem previamente, ou pedirem autorização. Se não estou em erro, nem colocaram proteção de chumbo na zona dos ovários. Tudo isto foi num espaço de segundos, no máximo 1 minuto. Fiquei paralisada e chocada. (…) Na sala de observação haviam profissionais de saúde que não exerciam a sua profissão há tantos anos como os meus anos de experiência. Eu e a minha mãe nunca fomos tão ignoradas, humilhadas e desprezadas como fomos naquele dia. Saí de lá com um ataque de nervos e choro, sentindo-me como se eu não fosse gente e a minha experiência enquanto pessoa com deficiência, que já passou por muito profissional de saúde e hospitais, não valesse rigorosamente nada. Foi das piores experiências pelas quais já passei e marcou-me de uma forma inexplicável. (…) A verdade é que nunca mais lá pus os pés.* (E17, F, 27, apoio ao cliente)

Um aspeto importante a ter em conta na relação com os profissionais de saúde é a sensação que os doentes podem ter de dependência dos profissionais, particularmente em situação de internamento. Nesse caso, a pessoa está naquele local 24 horas por dia, por isso é de extrema importância que se sinta segura e sinta confiança em quem trabalha nessa enfermaria.

> *Uma coisa é uma pessoa que nasce com deficiência, que a condição dela foi sempre aquela, e de repente eu fico ali e eu não podia sair de lá. Eu estava dependente daquelas pessoas, porque à noite os meus fisioterapeutas iam embora para casa, não estavam de noite, e ficava com os enfermeiros e com os auxiliares. E os enfermeiros, uns eram impecáveis, outros não. Aquela dependência de alguém em quem nós não confiamos é uma sensação terrível para quem está dependente. Nos serviços de saúde essa sensação é uma coisa que eu acho que devia ser muito bem pensada e os próprios profissionais deviam saber disso, deviam falar com os doentes para saberem o que é isso (…).* (E9, F, 59, reformada)

3.3.1 Proposta de melhoria do serviço prestado pelos profissionais de saúde

Tal como foi feito em relação aos cuidados de saúde, foi questionado a todos os participantes como podem os profissionais de saúde melhorar o serviço que prestam. Tendo como base as respostas dadas, apresentam-se em seguida as várias propostas.

Um dos aspetos a melhorar mais referido foi que, a nível atitudinal, os profissionais se devem centrar mais na pessoa que têm à frente e não na sua deficiência ou nos seus problemas de saúde, adotando um cuidado individualizado, de acordo com o modelo biopsicossocial, dirigindo-se sempre diretamente à pessoa, respeitando a sua autonomia e deixando de lado o paternalismo médico (3,16). Para além disso, foi frequentemente referida a grande necessidade de os profissionais de saúde terem mais formação na área da deficiência, de forma a terem um maior conhecimento sobre os diversos tipos de deficiências, as diferenças existentes entre os mesmos e, assim, conseguirem adaptar-se às especificidades de cada pessoa. Só conhecendo mais sobre este tema é possível desconstruir preconceitos, como o da crença de que as pessoas com deficiência não têm relações sexuais. Isto dá origem a que temas como a sexualidade não sejam discutidos durante o atendimento, quando deveriam ser igualmente abordados, tal como deve ser feito com as pessoas sem deficiência. Além disso, a formação é também essencial para combater o capacitismo e saber como se adaptar corretamente a uma pessoa com deficiência, ajudando-a no que for necessário, de forma a facilitar a sua experiência nos cuidados de saúde, mas sem cair em excessos nem em condescendência (3,13).

> *(...) em termos comunicacionais, que as pessoas percebessem, a não ser que nós digamos que temos qualquer outro problema, que o facto de termos, por exemplo, a deficiência visual apenas precisamos que nos tratem e falem connosco enquanto tal, que nos expliquem, que nos descrevam o que quer que seja que tiver que ser descrito e nada mais que isso, ou seja, haver aqui uma maior assertividade em termos comunicacionais.* (E6, M, 60, professor)

> *Acho que havia de haver um bocadinho mais de sensibilidade para com as próprias deficiências das pessoas, porque cada um é diferente do outro. O que para mim pode ser importante para outra pessoa pode não ser e vice-versa e então tratarem um bocadinho cada pessoa com mais cuidado porque eles tratam de maneira toda igual.* (E8, F, 44, técnica superior de contabilidade)

Para além de conhecimentos sobre a deficiência propriamente dita, os profissionais de saúde precisam de estar melhor informados sobre as soluções que existem para ajudar as pessoas com deficiência, como é o caso dos produtos de apoio. Outro elemento indispensável é que exista humildade por parte dos profissionais de saúde para assumirem

que não sabem tudo e assim possam reconhecer quando precisam de ajuda ou quando um assunto necessita de mais investigação, de modo a passarem informação credível aos doentes. É ainda fundamental que trabalhem no desenvolvimento das *soft skills* tais como a inteligência emocional, a empatia, a escuta ativa, o relacionamento interpessoal, a criatividade e o pensamento crítico.

> *(...) esta questão de ver a pessoa antes da sua deficiência, assumir que não sabemos sobre tudo, de não assumir que sabemos o que é melhor para a pessoa com deficiência e depois de não tratar a pessoa com deficiência com condescendência, com paternalismo, e sim como uma pessoa, porque isso também muda muito a nossa interação e não ter medo de abordar todos os temas com a pessoa com deficiência com tranquilidade. Também não ter medo de errar, de dizer alguma coisa que pode ser capacitista porque nós somos todos e se a pessoa alertar para "Olha, não é assim que se diz, não é assim que se faz" é só pedir desculpa e seguir em frente com a consulta e aprender e ser melhor daí para a frente. Portanto, eu acho que esta capacitação quase atitudinal, que era muito importante os profissionais de saúde terem mais.* (E14, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)

Outra proposta apresentada consiste num recrutamento dos profissionais mais seletivo, de maneira que sejam escolhidas as pessoas mais aptas para cada tipo de trabalho. Também é importante que se tenha como objetivo, na relação entre o profissional e a pessoa com deficiência, encontrar as melhores soluções em conjunto, uma vez que apesar de o profissional ter conhecimentos teóricos, é a pessoa quem tem a experiência pessoal de viver com a sua deficiência e com os seus problemas de saúde. Do mesmo modo, deve-se trabalhar no sentido de construir uma boa ligação com as associações, devendo os profissionais de saúde estar envolvidos no ativismo para a defesa dos direitos das pessoas com deficiência.

> *As associações de doentes e pessoas com deficiência são um recurso subvalorizado e explorado pelos profissionais de saúde. É uma ponte direta para as comunidades e para a tal relação que mencionei há pouco e acho tão importante ser criada. Por último, mas aqui é um ponto muito pessoal — gostava de ver neste sector mais sentido de missão e, inclusive, ativismo. Tudo na vida é político e a medicina não é exceção. São as leis que condicionam o nosso acesso a serviços e bens e que regulamentam os sectores. Sinto falta desse lado político e de missão. Paralelamente, gostava também que houvessem mais médicos*

> *predispostos à investigação conjunta com utentes, e a pensar em soluções fora da caixa, quando na caixa não cabem todas as pessoas.* (E17, F, 27, apoio ao cliente)

As pessoas cegas consideram que é importante que os profissionais expliquem o que vai ser feito, descrevendo os procedimentos e adaptando a linguagem a cada pessoa. É igualmente pertinente que saibam como se deve guiar uma pessoa cega e que se descrevam os espaços, para que quem não consegue ver tenha uma ideia do espaço onde está e do que se encontra à sua volta, para que se sinta mais à vontade e em segurança.

> *As próprias pessoas, neste caso os técnicos de saúde ou a enfermagem que por exemplo, em termos de refeições, que digam às pessoas onde é que estão as coisas, fazer uma localização relativa ao seu próprio corpo, à direita, à esquerda, à frente, atrás ou usando qualquer outra estratégia, como, por exemplo, posicionamento das horas no relógio e estratégias deste género que nos possam permitir enfim, por exemplo, saber exatamente onde é que estão as coisas quando nós as procuramos com as mãos, porque é assim que nós temos que procurar. (…) Dar localizações precisas, facilitar a localização da pessoa que tem este tipo de dificuldade, mas que é capaz de o fazer e descrever o espaço "olhe na casa de banho quando entra tem um lavatório, tem isto, tem aquilo, à sua frente tem…" para nós termos a visualização, enfim cerebral, do espaço e podermos locomover.* (E6, M, 60, professor)

Em relação às pessoas com deficiência auditiva, foi dito que gostariam que os profissionais de saúde fossem mais calmos e mais simpáticos e que aceitassem o apoio de intérprete de LGP, através da linha SNS 24, quando fosse necessário, opção esta possível desde o ano de 2020. Seria também importante que fizessem um esforço maior para comunicar com as pessoas surdas, como por exemplo, escrevendo, mas idealmente tendo conhecimentos de LGP, pelo menos de forma que conseguissem informar e questionar as coisas mais básicas e importantes na área da saúde. No caso de isto não ser possível, a segunda melhor opção seria haver intérpretes presencialmente nos cuidados de saúde e, nessa situação, apesar da presença de uma terceira pessoa, os profissionais devem continuar a dirigir-se sempre a quem é o utente quando falam (25).

> *Eu gostava de uma coisa muito simples: que aprendessem língua gestual. (…) É assim, os cursos estão aí, basta só aprenderem, agora é aprender algo que seja na área, ou seja, vocês próprios no hospital ou centro de saúde podem pedir um curso de formação de língua gestual e nós, professores de língua gestual, irmos*

dar essa formação relacionada com a saúde. (E13, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)

4. Conclusão

Traçado o que foi o contexto histórico e social da deficiência, ficou claro o seu carácter socialmente construído e o modo como as pessoas com deficiência são afetadas pelos significados produzidos relativamente à sua condição. Embora tenham ocorrido avanços significativos nos últimos anos, persistem várias barreiras que as pessoas com deficiência têm de enfrentar diariamente e que limitam a sua inclusão. Os cuidados de saúde não são exceção, persistindo diversos obstáculos que influenciam negativamente a experiência que as pessoas com deficiência têm nestes serviços.

As barreiras destacadas pelos participantes podem ser incluídas em 4 grupos principais: arquitetónicas, de comunicação, atitudinais e organizacionais. A sua existência continua a comprometer a qualidade dos cuidados de saúde. O tipo de barreiras mais relatadas por cada pessoa é variável de acordo com a experiência pessoal, algo que é individual e dependente dos mais variados fatores, como o seu tipo de deficiência e as comorbilidades. No entanto, foram enunciadas barreiras que não estão ligadas à sua deficiência ou à sua condição de saúde, e sim ao processo de estigmatização de que ainda são alvo.

O tipo de barreiras mais referido pelos participantes foi as arquitetónicas. Exemplos são a falta de sinalização, problemas nos estacionamentos, falta de rampas de acesso, equipamentos desadequados e casas de banho não adaptadas. Quanto às barreiras de comunicação, estas afetam especialmente as pessoas com deficiência visual e auditiva. Outro tipo é o das barreiras organizacionais, onde se pode realçar problemas no Serviço Nacional de Saúde, que embora não afetem apenas as pessoas com deficiência, estas deparam-se com dificuldades acrescidas. O último tipo a ser mencionado é o das barreiras atitudinais. Este está diretamente ligado à existência de preconceitos e estigmas dos profissionais de saúde, que optam por seguir o modelo médico tradicional, e se refletem em atitudes capacitistas, as quais incluem paternalismo e infantilização das pessoas com deficiência.

No seu conjunto, todas estas barreiras têm como consequência que estes utentes não possam usufruir plenamente da sua autonomia e se sintam excluídos na sua relação com os profissionais. Os serviços de saúde já são, por si só, locais frequentemente pouco agradáveis e que trazem as mais variadas dificuldades. Para as pessoas com deficiência existem ainda mais problemas no acesso aos serviços e dentro dos mesmos.

Assim, apesar de existirem já alguns avanços, há ainda muito espaço para melhoria. Os resultados apontam para a necessidade de mudanças nas infraestruturas, como a

adaptação dos espaços físicos e a disponibilização de equipamentos adequados, bem como a implementação de políticas públicas que assegurem transporte acessível, consultas domiciliárias e redução de burocracias que dificultam o acesso aos serviços. A inclusão de pessoas com deficiência no planeamento e na prestação dos cuidados de saúde é igualmente relevante, garantindo que as soluções desenvolvidas atendem às suas necessidades reais e promovam a sua participação ativa na sociedade. Tal iria no sentido de uma reivindicação há muito partilhada pelas pessoas com deficiência, e que está ligada ao processo de construção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – "Nada sobre nós, sem nós" (*"Nothing about us without us"*).

Além disso, a relação com os profissionais de saúde pode também ser melhorada com o aumento da formação no tema da deficiência, incluindo aspetos técnicos e atitudinais, o desenvolvimento de competências como empatia, escuta ativa e inteligência emocional, e a promoção de uma relação mais colaborativa entre os profissionais de saúde e as pessoas com deficiência. O modelo médico tradicional, focado na deficiência como um problema a ser resolvido, deve ser substituído por um modelo biopsicossocial, que valorize a individualidade da pessoa e a sua autonomia. Essa mudança implica uma transformação cultural e estrutural, na qual a formação dos profissionais de saúde desempenha um papel crucial. Estas medidas são essenciais para garantir a prestação de um serviço com mais qualidade.

As entrevistas realizadas também sublinharam a importância de encarar os erros com abertura e vontade de aprender. Admitir lacunas de conhecimento e procurar novas soluções são atitudes que não apenas melhoram a qualidade do atendimento, mas também fortalecem a relação entre profissionais e utentes, baseando-a no respeito mútuo e na confiança.

Embora esta investigação tenha fornecido perspetivas importantes, reconhece-se que não se pode generalizar todos os resultados. No entanto, as experiências relatadas oferecem um panorama significativo das barreiras enfrentadas e das possíveis soluções, contribuindo para a construção de cuidados de saúde mais inclusivos e acessíveis.

Por fim, espera-se que os resultados desta investigação sensibilizem profissionais de saúde, para a necessidade de mudanças que garantam a melhoria nos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência. Apenas com uma abordagem integrada, que combine formação, infraestruturas acessíveis e atitudes corretas, será possível assegurar o direito à saúde para todos, independentemente das suas características ou limitações.

Bibliografia

1. Lei n.º 38/2004 | DR [Internet]. [cited 2023 Sep 24]. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/38-2004-480708
2. Global report on health equity for persons with disabilities. World Health Organization; 2022.
3. Fontes F. Pessoas com deficiência em Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2016.
4. Congenital disorders [Internet]. [cited 2023 Sep 24]. Available from: https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies#tab=tab_1
5. Instituto Nacional de Estatística Lissabon. O que nos dizem os censos sobre as dificuldades sentidas pela população com incapacidades.
6. Instituto Nacional de Estatística. Saúde e Incapacidade em Portugal 2011. INE. 2012;28.
7. Pinto PC. Modelos de abordagem à deficiência: que implicações para as políticas públicas? Public Sciences & Policies [Internet]. 2015 Jun 30 [cited 2023 Oct 14];1(1):174–200. Available from: https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/8
8. Covey H. Social Perceptions of People with Disabilities in History.
9. Anderson J, Carden-Coyne A. Enabling the Past: New Perspectives in the History of Disability. European Review of History: Revue europeenne d'histoire. 2007 Dec;14(4):447–57.
10. História - Casa Pia de Lisboa [Internet]. [cited 2023 Sep 30]. Available from: https://casapia.pt/casa-pia-de-lisboa/historia/
11. Fontes F, Martins B. Deficiência e emancipação social - Para uma crise da normalidade. Almedina. 2016.
12. Decreto-Lei n.º 129/2017 | DR [Internet]. [cited 2023 Oct 7]. Available from: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/129-2017-108265124
13. Fontes F. Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: Da caridade à cidadania social. Rev Crit Cienc Sociais. 2009 Sep 1;(86):73–93.
14. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. 1980;
15. Watson N, Vehmas S. Routledge handbook of disability studies. [Internet]. [cited 2023 Oct 16]. Available from: https://www.routledge.com/Routledge-Handbook-of-Disability-Studies/Watson-Roulstone-Thomas/p/book/9781032376189
16. Discrepancies of the Medical, Social and Biopsychosocial Models of Disability; A Comprehensive Theoretical Framework. [cited 2024 Mar 18]; Available from: www.theijbmt.com

17. Center for Health Statistics N. THE ICF: AN OVERVIEW INTRODUCING THE ICF.
18. Pinto P, Neca P, Bento S. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM PORTUGAL: INDICADORES DE DIREITOS HUMANOS 2022. Lisboa; 2022 Dec.
19. Clair M. Stigma. Core Concepts in Sociology [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 2]; Available from: https://www.wiley.com/en-us/Core+Concepts+in+Sociology-p-9781119168621
20. Reber L, Kreschmer JM, James TG, Junior JD, Deshong GL, Parker S, et al. Ableism and Contours of the Attitudinal Environment as Identified by Adults with Long-Term Physical Disabilities: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 1;19(12).
21. Observatório [Internet]. [cited 2024 Jan 2]. Available from: https://observatorio.acessibilidade.gov.pt/
22. Understanding Barriers to Accessibility - Accessible Campus [Internet]. [cited 2024 Jan 2]. Available from: https://accessiblecampus.ca/understanding-accessibility/what-are-the-barriers/
23. WHO. Assistance and support. WORLD REPORT ON DISABILITY. 2011;135–65.
24. De HF, Mcclintock V, Barg FK, Katz SP, Stineman MG, Krueger A, et al. Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. [cited 2024 Jan 5]; Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.007
25. Iezzoni LI, O BL, Killeen M, Harker H. Communicating about Health Care: Observations from Persons Who Are Deaf or Hard of Hearing Background: Achieving patient-centered care requires effective. 2004 [cited 2024 Jan 5]; Available from: www.annals.org
26. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Em Tese [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2024 Sep 30];2(1):68–80. Available from: https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027
27. Gerhardt TE, Silveira DT, [Orgs]. Métodos de pesquisa. Métodos de pesquisa [Internet]. 2009 [cited 2024 Sep 30];31–42. Available from: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806
28. Ragin CC, Amoroso LM. Elements of Social Research. Constructing Social Research: The Unity and Diversity of Method [Internet]. 2011 [cited 2024 Oct 2];24(1):127. Available from: https://books.google.com/books/about/Constructing_Social_Research.html?hl=pt-PT&id=8CprlwcXBjwC
29. Augusto, Amélia. Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. http://journals.openedition.org/sociologico

[Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2024 Oct 3];24(24):73–7. Available from: http://journals.openedition.org/sociologico/1073

Apêndices

Apêndice I – Guião da entrevista

Caracterização

Sexo

Idade

Situação na profissão: (empregado, desempregado, trabalhador por conta de outrem, trabalhador por conta própria, nunca trabalhou).

Profissão (caso exista):

Tipo de deficiência e há quanto tempo:

Tem algum apoio/subsídio devido à sua deficiência?

Situação de saúde

• Tem algum problema de saúde?

• Se sim, quais e qual o impacto que têm na sua vida?

• Com que frequência, mais ou menos, usa os serviços de saúde? (1x por mês, de 2 em 2 meses. etc.)

• Qual o serviço de saúde que mais usa? (cuidados primários, cuidados diferenciados, e nestes, que especialidade).

• Quando foi a última vez que esteve num serviço de saúde e porquê?

Cuidados de saúde – experiência e acessibilidades

• De uma forma geral, como tem sido a sua experiência nos cuidados de saúde? (pedir para descrever e qualificar essa experiência)

• Enquanto pessoa com deficiência, sente que existem barreiras (dificuldades) nos serviços de saúde? Se sim, clarifique um pouco o tipo de barreiras com que se depara (a ideia é tentar identificar diferentes tipos de barreiras).

• Acha que essas barreiras influenciam a qualidade do serviço que lhe é prestado? Como?

• Na sua opinião, quais são as diferenças existentes na acessibilidade entre os cuidados de saúde primários (centros de saúde) e os hospitais?

• O que gostaria que fosse mudado nos cuidados de saúde de forma a que estes se tornassem mais acessíveis?

Relação com profissionais de saúde

• Já teve alguma situação em que sentiu que foi tratado de forma diferente pelos profissionais de saúde? Se sim, descreva um pouco essa experiência.
• Em que medida considera que as especificidades das pessoas com deficiência são tidas em conta pelos profissionais de saúde durante o atendimento?
• Sente que é sempre incluído nas conversas nas quais os profissionais de saúde dão informações importantes sobre a sua saúde ou no caso de ter consigo uma pessoa acompanhante sente que é excluído?
• Sente que já houve situações em que a sua autonomia ou vontade foi posta em segundo plano, ou mesmo transferida para um possível acompanhante, devido à sua deficiência? Se sim, descreva um pouco essa experiência
• Que conhecimentos ou atitudes gostaria que os profissionais de saúde tivessem para melhorar o serviço prestado?
• Há algo mais relativo à sua experiência sua experiência nos cuidados de saúde de que gostaria de falar e que não tenha sido mencionado?

Apêndice II – Declaração de consentimento informado

Formulário de Consentimento Informado

O meu nome é Joana Proença Vicente e estou a elaborar a minha Dissertação intitulada "Barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva de pessoas com deficiência" no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade da Beira Interior (UBI). A investigação tem por objetivos avaliar os diferentes tipos de barreiras presentes nos cuidados de saúde, perceber de que forma o capacitismo influencia o atendimento prestado e propor recomendações para a melhoria dos cuidados de saúde.

A investigação destina-se à elaboração da minha dissertação, e os dados recolhidos por meio da entrevista serão usados para esse fim, podendo também ser apresentados em eventos científicos e/ou em publicações científicas. São garantidos anonimato e confidencialidade dos seus dados.

Declaro que aceito participar voluntariamente nesta entrevista e autorizo a sua gravação. Confirmo que me foram fornecidas informações suficientes e os esclarecimentos necessários para a minha tomada de decisão. Tomo conhecimento dos objetivos desta Dissertação de Mestrado.

Depois de devidamente informado/a, autorizo a participação neste estudo:

Data: ___/___/2024

Assinatura do/a Participante:

_____

Assinatura da Entrevistadora:

_____

Apêndice III – Declaração de consentimento informado para pessoas surdas

Formulário de Consentimento Informado

O meu nome é Joana Proença Vicente e estou a elaborar a minha Dissertação intitulada "Barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva de pessoas com deficiência" no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade da Beira Interior (UBI). A investigação tem por objetivos avaliar os diferentes tipos de barreiras presentes nos cuidados de saúde, perceber de que forma o capacitismo influencia o atendimento prestado e propor recomendações para a melhoria dos cuidados de saúde.

A investigação destina-se à elaboração da minha dissertação, e os dados recolhidos por meio da entrevista serão usados para esse fim, podendo também ser apresentados em eventos científicos e/ou em publicações científicas. São garantidos anonimato e confidencialidade dos seus dados.

Declaro que aceito participar voluntariamente nesta entrevista e autorizo a sua gravação. Confirmo que me foram fornecidas informações suficientes e os esclarecimentos necessários para a minha tomada de decisão. Tomo conhecimento dos objetivos desta Dissertação de Mestrado.

A meu pedido uma intérprete de LGP estará presente no decorrer da entrevista, com o intuito de fazer a tradução das questões e das minhas respostas, pelo que consinto com a sua presença. ☐

Depois de devidamente informado/a, autorizo a participação neste estudo:

Data: ___/___/2024

Assinatura do/a Participante:

_____

Assinatura da Entrevistadora:

_____

Apêndice IV – Declaração de consentimento informado (versão escrita)

Formulário de Consentimento Informado

O meu nome é Joana Proença Vicente e estou a elaborar a minha Dissertação intitulada "Barreiras existentes nos cuidados de saúde a partir da perspetiva de pessoas com deficiência" no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade da Beira Interior (UBI). A investigação tem por objetivos avaliar os diferentes tipos de barreiras presentes nos cuidados de saúde, perceber de que forma o capacitismo influencia o atendimento prestado e propor recomendações para a melhoria dos cuidados de saúde.

A investigação destina-se à elaboração da minha dissertação, e os dados recolhidos por meio da entrevista serão usados para esse fim, podendo também ser apresentados em eventos científicos e/ou em publicações científicas. São garantidos anonimato e confidencialidade dos seus dados.

Declaro que aceito participar voluntariamente nesta entrevista. Confirmo que me foram fornecidas informações suficientes e os esclarecimentos necessários para a minha tomada de decisão. Tomo conhecimento dos objetivos desta Dissertação de Mestrado.

Depois de devidamente informado/a, autorizo a participação neste estudo:

Data: ___/___/2024

Assinatura do/a Participante:

_____

Assinatura da Entrevistadora:

_____

Apêndice V – Sinopse das entrevistas

Sinopse das entrevistas

1. Situação de saúde

1.1. Impacto que os problemas de saúde têm na vida da pessoa

Excertos das entrevistas	Notas
"É muito, é um impacto brutal, considerando que eu sou cega." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Grande impacto
"Muito grande. (…) Hoje em dia, desde que eu tive o pneumotórax há 2/3 anos, a partir daí houve o descalabro total, tive que estar muito tempo no hospital, os músculos aproveitaram para enfraquecer. E pronto, a idade misturada a isso tudo, a doença acabou por ter um impacto muito maior." (**E2**, M, 49, gerente)	Grande impacto
E3	Não tem problemas de saúde
E4	Não tem problemas de saúde
E5	Não tem impacto
E6	Não tem problemas de saúde
E7	Não tem problemas de saúde
"Na altura, eu vivia num apartamento com escadas, teve que ser a adaptação das escadas, uma cadeira elevador. Na escola, tive um ano sem estudar, quando voltei a escola estava mais ou menos adaptada (…) foi só preciso fazer ali algumas coisas, mas pronto nessa parte estava mais ou menos e depois foi a parte auditiva porque é muito complicado." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Grande impacto
"A epilepsia tem bastante, apesar de estar controlada é sempre um risco porque tem-se sempre receio que possa voltar e a história da medicação tenho que ter muito cuidado para nunca esquecer a medicação, porque depois pode haver o risco de vir uma crise. Os anticoagulantes também porque tenho que fazer sempre um controlo muito apertado. Agora estou, por exemplo, na fase que não conseguimos controlar e tenho que ir de 15 em 15 dias ou todas as semanas ao centro de saúde para fazer o controlo e estamos ali. E depois também o risco com os anticoagulantes, qualquer corte, qualquer coisinha, pronto. E também depois na medicação se eu tenho outro problema, uma simples constipação, qualquer coisa já não posso tomar um qualquer, tenho que ir ao médico. Isto ao fim e ao cabo afeta ali tudo. Qualquer coisa que para uma pessoa não é nada, para mim já tem outras implicações." (**E9**, F, 59, reformada)	Grande impacto
"Tem muito. Imagine eu durei até 80 anos e ainda quero durar mais alguns, se não aparecer para aí outra qualquer, que vai haver mais, mas pronto vamos tentar resistir. Mas têm impacto." (**E10**, M, 80, reformado)	Grande impacto
E11	Não tem problemas de saúde

E12	Não tem problemas de saúde
"É assim quando é na garganta, no Inverno, sim, no Verão, graças a Deus não me fazem grande incómodo. No Inverno, sim, no Inverno, sinto aqui um bocadinho de náuseas, tenho que tomar a medicação, tenho que ir mesmo ao médico de família, pronto, todos os anos tenho que lá ir, mas é assim imaginemos 2 semanas, 3 semanas, depois acaba por passar. No ano a seguir na altura do Inverno é quando volta sempre este problema, sinto assim umas dores, sim, mas depois com a medicação passa-me. Mas trabalho na mesma, faço a minha vida normal, não tiro baixa nem nada. Continuo uma vida normal." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Algum impacto
E14	Não tem problemas de saúde
E15	Não tem problemas de saúde
E16	Não tem problemas de saúde
"Desloco-me exclusivamente em cadeira de rodas elétrica, utilizo ventilação não invasiva 24h por dia, tenho fadiga crónica e tomo muita medicação psiquiátrica. Nutrição deficiente (disfasia), e, portanto, bebo muitos suplementos diariamente" (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Grande impacto
2. Cuidados de saúde	
2.1. Experiência e Acessibilidade	
Excertos das entrevistas	**Notas**
"Pois olha, má (...)" (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Má experiência
"Tem sido boa. Não me posso queixar, sempre fui bem acompanhado. À exceção de um episódio em que eu tinha aqui uma Neurologista, ela saiu daqui e foi para Guarda e eu fui com ela para a Guarda, era seguido lá. Não sei o que se passou por lá, ela foi-se embora de lá também sem dizer nada aos doentes e eu fiquei sem neurologista. Tive que voltar para cá e encontrar aqui outra neurologista. São males que vêm por bem, porque se não fosse esta neurologista eu ainda hoje não sabia responder qual é a doença. Foi ela que se interessou, foi ela que investigou, foi ela que mandou fazer o teste genético tanto a mim como aos meus pais, por isso, é uma pessoa que realmente se interessa." (**E2**, M, 49, gerente)	Boa experiência com exceção de um episódio
"Bons e maus." (**E3**, M, 53, desempregado)	Boa e má
"Neste caso em específico, corre bem porque é planeado, portanto, tem corrido sempre muito bem." (**E4**, M, 38, engenheiro) "(...) nós não podemos olhar para a pessoa com deficiência, só que vai ter acesso ao cuidado de saúde. Podemos ser nós	Boa; Experiência não só como utente, mas como

os acompanhantes, portanto, nesse sentido, já me limitaram não só no acesso a esse cuidado de saúde, mas também obrigarem-me, obviamente, a chamar outra pessoa para ir com o meu filho a uma urgência." (**E4**, M, 38, engenheiro)	acompanhante do filho
"Numa forma geral tenho sido bem atendido, pronto lá está são situações ligeiras, tanto pelos médicos como pelos auxiliares e enfermeiros. Não tem sido muito demorado. Felizmente não tive assim muito azar nessa matéria." (**E5**, M, 59, telefonista) "(…) se eu quiser ir visitar um familiar ou um amigo meu sozinho ao hospital é complicado. Como é que eu ando lá dentro sozinho?" (**E5**, M, 59, telefonista)	Boa; Experiência não como utente, mas como visitante
"Olhe eu como vou habitualmente acompanhado com a minha mulher, diria que não tenho nada a dizer, mas se tivesse que ir sozinho, as questões seriam bastante complicadas. Haveria muita coisa a dizer de certeza absoluta." (**E6**, M, 60, professor) "(…) em situação de internamento, por exemplo. Também já passei por essa experiência de facto e não posso queixar, portanto, aqui a experiência que tenho é muito positiva." (**E6**, M, 60, professor) "Por exemplo, a visualização, ou melhor, o acesso aos exames. Ultimamente até acho que as coisas melhoraram muito, mas não tenho a certeza se isto está universal, ou seja, como sabe os relatórios de exames de diagnóstico ou de análises laboratoriais vêm já muitos deles até em suporte digital para o mail (…). Que eu saiba não me recordo de ter recebido esses exames de forma a que eu não os consiga ler, mas haver também esta preocupação. Claro que as imagens está fora de questão. Pode haver descrição de imagens, mas para nós adianta-nos pouco porque nós não somos especialistas na matéria. O que nós queremos é ter acesso ao relatório médico e podermos nós lê-lo. Percebemos, percebemos, não percebemos, deixamos para quem perceba e é por isso que depois vamos ao médico, mas também os resultados de análises clínicas laboratoriais. Digo-lhe que eu acho que neste momento elas já vêm em suporte acessível, ou seja, eu recebo-as no mail e vem em formato PDF, mas o PDF vem num formato que nós já conseguimos ler através dos sintetizadores de voz que temos no computador ou nos telemóveis, mas na eventualidade de isso poder acontecer é bom que não haja retrocesso porque neste momento, pelo menos os que eu tenho feito, tenho tido sempre acesso aos resultados das análises laboratoriais." (**E6**, M, 60, professor)	Boa Boa experiência também em situação de internamento e quanto a receber os resultados de exames complementares
"Boa, não tenho razão de queixa." (**E7**, M, 48, reformado)	Boa
"É assim não me posso queixar muito, normalmente o atendimento é relativamente bom e a rapidez depende, no centro de saúde é mais rápido. A médica de família quando tinha, neste momento não tenho, era impecável. Sempre que eu precisava, ela estava sempre disponível, portanto era rápido, sim. No hospital ou serviço de urgência o tempo de espera, como a gente sabe, é mais complicado, mas pronto no geral é bom." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Boa
"Olhe depende dos sítios onde eu estive. Porque, por exemplo, estive no Curry Cabral a fazer recuperação. Aí eu posso	Boa e má, depende

dizer que foi uma experiência ótima, enquanto foi na fase em que eu estive pior, posso dizer que foi uma experiência boa porque foi onde fiz a recuperação e onde, ao fim e ao cabo, voltei a andar e voltei outra vez a ter muitas possibilidades e tinha os fisioterapeutas excelentes, mas, por outro lado, foi onde tive a pior experiência também, porque na parte da enfermaria inclusive, os auxiliares deixaram-me cair e até a cabeça parti. Enquanto pessoa deficiente porque não tinham formação suficiente para lidar com uma pessoa que estava incapacitada. Foi um dois em um. Hoje em dia enquanto pessoa deficiente eu acho que a experiência é assim tem sítios realmente... Eu acho que passa um bocadinho pelas pessoas." (**E9**, F, 59, reformada)	dos profissionais
"(...) duas negativas. Agora de positivo há mais. Também há pessoas que não têm paciência nenhuma. (...) Hoje temos de bom que vocês lidam com o doente quase taco a taco, salvo raras exceções, mas isso há em tudo também." (**E10**, M, 80, reformado)	2 experiências negativas, todas as outras foram positivas
"A nível de acessos eu não tenho tido problemas, pronto, que é tudo sem muitas escadas e assim pronto, com o problema motor que tenho. O que sinto mais dificuldade é na parte visual, porque é assim, é tudo, não está adaptado a pessoas com deficiência visual. Tenho que estar sempre a perguntar a alguém, ou ao segurança ou alguém que vá comigo, quais são o número, por exemplo, das senhas, que aparece naqueles ecrãs. Pronto, ou alguma coisa ou alguma indicação ou assim que esteja em letras muito pequeninas, eu não consigo ver e então pronto, é mais a esse nível. A nível de obstáculos eu não tenho e assim aos sítios que vou, normalmente não tenho. É só mais a nível da parte da visão que eu vejo que não está muito adaptado às pessoas com problemas da parte visual." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Boa com exceção das barreiras que sente ao nível visual
"Mas eu sou sincera, não gosto de ir ao centro de saúde. Não gosto." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Má experiência
"Não, não. Há muita falta de língua gestual, pelo menos um intérprete." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Má experiência
"Então no meu centro de saúde é ótima a minha experiência, porque consigo ir sozinha, consigo ter acessibilidade total e existe acessibilidade também por parte dos profissionais de saúde, atitudinal. Só tenho uma pequena questão agora porque as análises mudaram de sítio e possivelmente é um sítio onde não é tão acessível, mas eu ainda vou ver, portanto, já me disseram, mas ainda vou ver. No hospital onde sou seguida, no Santo António, porque estive lá internada na altura, quando tive a minha inflamação na medula, vou lá uma vez por ano e as maiores dificuldades que eu tenho é que não consigo de facto ir sozinha porque dentro do hospital é acessível, mas para estacionar o carro nas imediações, eu não consigo garantir que vou ter um lugar de estacionamento onde eu consiga tirar a minha cadeira de rodas sozinha e que depois o percurso até ao hospital ou à zona dos exames, porque às vezes são em sítios diferentes, é totalmente acessível, portanto, a minha maior queixa é mesmo a acessibilidade das imediações do centro hospitalar." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Boa experiência em geral; má experiência quanto às imediações do hospital que mais frequenta
"Eu acho um bocado complicado isto. Em Serviço Nacional de Saúde, como acabei de dizer, eu não tenho ido muito,	Má experiência

mas neste momento vamos ver como é que isto vai seguir para a frente." (**E15**, M, 63, reformado) "Não sei porque eu não utilizo muito. Eu não utilizo quase. Eu se puder evitar e puder fugir de lá, eu fujo, eu não vou lá. Já há 2 anos ou mais que eu lá não ia. Portanto, eu fui lá agora porque eu digo assim "Tenho que fazer umas análises porque eu tenho que ver se isto está tudo bem", de resto eu não vou lá. Evito ao máximo de lá ir porque sei que não tem condições para lá ir." (**E15**, M, 63, reformado)	
"É assim, é complicado. Quer seja no centro de saúde, quer seja no hospital." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Há idosos surdos, há pais com bebés. Como é que vão tratar desse bebé? O que é que tem o filho? E isso também é muito angustiante para nós pais, não é? Eu, quando tive a minha filha e que tive que ir com ela para o hospital, foi muito complicada a minha comunicação com eles. Foi, e foi muito preocupante. É, eu fiquei muito preocupada." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Má experiência; Experiência não só como utente, mas como acompanhante do filho;
"A experiência tem vindo a piorar ao longo dos anos. Por duas razões: por eu ter crescido e por ter passado da pediatria para os adultos. O facto de ter uma doença muito rara, faz com que seja difícil encontrar profissionais de saúde com disponibilidade mental e a humildade necessárias para pensar fora da caixa, já que muitas soluções standard da medicina não se encaixam como deve ser no meu caso. É preciso sempre adaptar. A passagem da pediatria para os adultos é um choque muito grande tanto para o utente, como para quem costuma acompanhá-lo (no meu caso, os meus pais). Há muita coisa que se perde — o tempo que os profissionais têm para nós, a humanidade e, por vezes, procedimentos que até então funcionavam bem. A minha passagem foi dentro do mesmo hospital, mas a sensação foi como se o serviço dos adultos pertencesse a outro hospital e não houvesse qualquer ligação entre os dois serviços durante a passagem das pastas." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Má experiência e tem vindo a piorar (passagem da pediatria para os serviços de adultos e dificuldade em encontrar soluções para doenças raras)
Ligação à teoria: "A acessibilidade pode ser entendida como a forma como um produto, espaço ou serviço está disponível a qualquer pessoa independentemente das suas características, assegurando que todos podem ter acesso ao que necessitam, promovendo a igualdade, e, é por isso, um aspeto que deve ser tido em conta nos projetos de espaços ou produtos." "De um modo geral, as pessoas com deficiência mostram-se menos satisfeitas com a qualidade e com o acesso à saúde, apesar de experienciarem os cuidados de saúde de diferentes formas, variando de acordo com a cultura, o sistema de saúde e o tipo de deficiência que têm. Por estas razões, as preocupações principais de cada indivíduo vão ser também diversas (24)." → A maioria das pessoas entrevistadas (9 pessoas) qualifica, de forma geral, a sua experiência nos cuidados de saúde como boa, apesar das muitas barreiras existentes. Outras pessoas (6 pessoas) consideram que a sua experiência é má e 2 classificaram como boa e má, dependendo de várias variáveis, como por exemplo, os profissionais de saúde que encontram. Neste trabalho não é possível a comparação da experiência das pessoas com deficiência com aquela das pessoas sem deficiência, uma vez que apenas pessoas com deficiência foram entrevistadas. Algumas pessoas reforçaram, baseando-se nas suas experiências pessoais, a importância de não se pensar apenas na pessoa com deficiência enquanto utente, mas também para além disso, como é o caso de serem elas as pessoas acompanhantes, ou então como visitantes de pessoas	

que estão internadas nos cuidados de saúde.	
2.2. Barreiras	
"As senhas são lidas, tu tiras a senha, se perguntares à Senhora, mas lá está, é só se perguntares porque ninguém te diz assim voluntariamente. Se perguntares à Senhora do balcão, ela lê as senhas, mas depois lá está não tens nenhum tipo de ajuda para identificar qual é que é o gabinete do médico, não é? Tens que perguntar a alguém ou tens que ir batendo porta por porta a ver se encontro. E em relação à parte atitudinal das pessoas noto mesmo uma falta muito grande de preparação." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Barreiras atitudinais; Barreiras físicas; Barreiras de comunicação
"Nos serviços de saúde não propriamente. São as dificuldades que encontrei nos serviços comuns, digamos assim." (**E2**, M, 49, gerente)	
"(…) em relação à ficha que a gente quando vai lá marcar uma consulta tem que preencher e você sabe que uma pessoa com deficiência visual não a consegue preencher. Ponto. Se eu não for acompanhado com outra pessoa, ou tenho que pedir a alguém ou então não sei como é que eles fazem, mas pronto. (…) As senhas, que também lá estão, a gente se não for acompanhado ou pedir ajuda, também não consegue tirar a senha lá. Aquilo não fala, como a gente costuma dizer, e a gente depois não sabe qual é a senha. Esse é outro ponto. Terceiro ponto: as colunas de som lá nos no centro de saúde, tanto no centro de saúde e hospital, eu acho que nos serviços públicos, são muito baixas. Claro que muito barulho também incomoda depois as outras pessoas, mas eu vou explicar porquê. Quem vê, é relativo porque eles normalmente têm lá ecrãs e vão vendo em que senha é que vão e quem é que estão a chamar. É uma ajuda. Têm as colunas e se não ouvirem nas colunas vão olhando sempre para o ecrã e vão estando sempre atentos. Quem não vê tem que estar sempre atento aos sons e o que acontece quase sempre é que eu não consigo ouvir quando chamam o meu número. Não sei se sou só eu, mas eu acho que aquilo está um bocadinho baixo demais, mas pronto. Eu tenho ido sempre acompanhado, mas noto essa situação." (**E3**, M, 53, desempregado) "Por exemplo, no hospital, não deixam ir as pessoas acompanhadas. Acho que eles devem, acho que a lei diz que podemos ir acompanhados, mas o que eles fazem é que não nos deixam ir acompanhados. (…) Para já o tempo passa mais rápido e depois a pessoa sente-se muito melhor. Depois há outra situação: no caso da minha situação era no corpo, as borbulhas que eu tinha e a pessoa que ia comigo via melhor e explicava muito melhor aquilo que eu tinha do que eu, porque eu sentia, claro, mas não via o aspeto das coisas." (**E3**, M, 53, desempregado)	Barreiras de comunicação; Barreiras atitudinais
"Existem físicas, barreiras físicas, porque ou não há estacionamento ao pé ou porque está em obras e não pensaram nessas situações e tem que se entrar por outro sítio e, portanto, a informação nem sempre é feita." (**E4**, M, 38, engenheiro) "A primeira é o acesso à infraestrutura em si, não é? Portanto, essa é a primeira barreira, toda a gente sente logo impacto. Depois obviamente há outras barreiras internamente: as pessoas não estarem preparadas etc etc, e portanto,	Barreiras físicas (acessos, estacionamento); Barreiras atitudinais; Barreiras

aí já é a segunda parte, é o segundo nível de barreiras que também existe." (**E4**, M, 38, engenheiro) "Não comigo diretamente, ou melhor, não devido a um problema de saúde meu, mas eu tenho um filho de 2 anos, portanto um bebé, e quando fui com ele às urgências, eu não pude entrar porque não havia estacionamento próximo e, portanto, fui claramente discriminado pela minha situação física." (**E4**, M, 38, engenheiro) "(...) a dificuldade que as pessoas com deficiência têm em aceder aos cuidados de saúde. Ou têm um bom médico de família, que infelizmente em Portugal isto não acontece com tanta frequência ou regularidade, ou porque estão deslocadas ou porque não tem pura e simplesmente médico de família ou aquele médico de família é o seu e de mais não sei quantos milhares de pessoas naquela localidade, não é? Mas o acesso a cuidados médicos é essencial, em qualquer especialidade, é sempre preciso para não precisar de ir ao privado aconselhar-se, não é? Portanto, que nós no sistema nacional de saúde consigamos marcar uma consulta de uma especialidade qualquer que nos possa ser útil. Isto deveria ser regular e não acontece, portanto, é muito difícil. (...) É mais nesse sentido, portanto os nossos cuidados são limitados porque não temos efetivamente um cuidado inicial pelo médico de família ou de quem quer que seja para poder fazer aquele conjunto de exames no público e, portanto, temos que recorrer obrigatoriamente ao privado." (**E4**, M, 38, engenheiro)	organizacionais (dificuldade no acesso a consultas de especialidades médicas e falta de médicos de família com a consequente necessidade de recorrer ao setor privado)
"Existem tanto nos serviços de saúde como nos liceus. (...) A pessoa cega conhecendo o espaço físico orienta-se, como no trabalho ou no liceu, na escola. Eu também, felizmente, não conheço assim a fundo, tirando a zona das urgências das vezes que lá fui. Até me parece que os corredores são largos, tirando uma ou outra maca que possa existir pelo caminho ou alguma mesa de apoio, não me parece que haja assim grandes barreiras. A pessoa tem é que conhecer o espaço físico, isso é com tudo." (**E5**, M, 59, telefonista)	Barreiras físicas (conseguir orientar-se no espaço)
"Olhe, desde logo barreiras físicas e aí vamos considerar a própria estrutura do espaço. Por exemplo, zonas que não estão sinalizadas para uma pessoa com deficiência visual, porque estão sinalizados a cores ou o que seja. Barreiras de comunicação. Ainda nas físicas, por exemplo, tudo o que seja atendimento com senhas onde nós aguardamos pela chamada, seja para o guichê ou para a própria consulta isso é impensável. Se for uma pessoa sozinha isso não funciona de todo. Depois, em termos comunicacionais, quer as assistentes administrativas, quer muitas vezes o corpo clínico, se nós formos acompanhados, a tendência que as pessoas têm é a falar para o acompanhante e não para a pessoa e, portanto, isso a mim incomoda-me particularmente e eu normalmente costumo chamar a atenção de quem está a fazê-lo. Para além de outros procedimentos, por exemplo, para exames de diagnóstico, etc. As pessoas tentam fazer o melhor que podem, mas muitas vezes completamente desproporcionais ou completamente fora de contexto, ou seja, desapropriado, desajustado, a forma como nos ajudam a locomover ou a levar-nos para os aparelhos, ou o que seja. Embora a gente reconhece que fazem o melhor que podem, mas acho que é necessária uma formação um bocadinho mais especializada." (**E6**, M, 60, professor)	Barreiras físicas; Barreiras atitudinais; Barreiras de comunicação
"Sim, existem barreiras. Eu não sei a nível de que hospital quer que fale, mas por exemplo, eu vou dar uma	Barreiras

comparação. Ou seja, a nível de satisfação, de atendimento e assim não tenho que dizer nem da Covilhã nem de Coimbra, mas a nível de Coimbra, que comparado com o hospital da Covilhã é muito maior, muito mais complicado de circulação e de acesso, em Coimbra existem logo voluntários à porta, ou seja, um acompanhamento interno, embora não esteja insatisfeito, certo? Mas as principais barreiras é mesmo essa, não haver pessoal auxiliar muitas vezes para acompanhamento porque eu normalmente vou de táxi e é assim, o taxista não é o meu acompanhante. E então tenho que estar sujeito a lá solicitar acompanhamento e embora exista muita flexibilidade a nível de apoio, são principalmente voluntários que estão ali, que gostam de estar ali a ajudar as pessoas, mas a nível da própria organização do hospital a meu ver deveria haver mais conhecimento como lidar com pessoas com deficiência visual quer a nível de acompanhamento quer na própria maneira como somos acompanhados. A última vez que lá fui a Senhora que estava como voluntária agarrou-me no braço assim tipo dá cá o abraço e eu levo-te. Mas eu já tive outras situações em que parece que têm medo de agarrar no braço ou parece que estão assim tipo inibidos. E por exemplo, nos elevadores não há sinalização (embora lá haja, mas nem todos) auditiva a dizer "Está a chegar ao primeiro andar, segundo…", aí há muita falha a nível de indicação. Mais barreiras: a própria iluminação das entradas, a falta de sinalização visível ou sonora de onde estão a secretaria ou assim, porque a gente entra no elevador, pronto como já referi não indicam os andares, e quando chegamos ao andar que é não existe sinalização nem indicação, ou pelo menos eu não tenho essa perceção, de por exemplo otorrino era para a direita. Eu acho que é muito à base daí: falta de sinalização e falta de orientação sonora." (**E7**, M, 48, reformado) "(…) eu já enviei o meu e-mail ao IMT, porque, por exemplo, eu vou de táxi, se eu não levo acompanhante e tendo eu o disco… Isso é outra situação, eu acho que muita gente não sabe como utilizar o disco e como requerê-lo. Então o que é que o que é que acontece? Eu tendo um disco, se à partida o taxista é que é o meu acompanhante, o taxista havia de poder estacionar nos locais designados para deficientes. Porquê? Porque muitas vezes em Coimbra, os locais dos taxistas são ocupados por ambulância, ou seja, torna-se também outra barreira. Mais barreiras? Por exemplo em Coimbra para irmos à casa de banho é complicado, ou seja, não há sinalização visível, visual ou principalmente luminosa, de qual é que é a casa de banho das mulheres e qual é que é a casa de banho dos homens e são quase literalmente uma ao lado da outra. Eu às vezes vou à dos homens, outras vezes calha ir à das mulheres. Eu acho que muitas barreiras seriam ultrapassadas a nível sonoro, a nível de identificação luminosa e a nível da formação dos auxiliares porque por exemplo, às vezes dizem assim "Vai por ali ou vai por além", ou seja, para nós ali ou além não é nada. Diz-se: é para a direita, para a esquerda, em frente, … Eu às vezes na brincadeira digo "Olhe para mim você tem que falar como se fosse um GPS" e isso pronto, ainda não existe." (**E7**, M, 48, reformado) "Outra das barreiras que existe e são muito perigosas: as portas de vidro. As portas de vidro são a pior coisa, (…) normalmente os vidros são transparentes e basta não ter uma noção daquilo que está. (…) Os invisuais vão devagar, mas eu falo por mim, muitas vezes a pessoa acelera. E o que é que acontece? Se eu não tiver a perceção que está ali uma porta vou contra a porta." (**E7**, M, 48, reformado)	organizacionais (dificuldades económicas, grandes deslocações para a ceder a determinados cuidados de saúde e o facto de ser a própria pessoa a pagar o transporte); Barreiras físicas (sinalização, estacionamentos, portas de vidro)

"É assim, isso já parte um bocado mais a nível da política do Estado, mas haver mais apoio financeiro às pessoas com deficiência. Outra das barreiras que existe, por exemplo, ao acesso à ambulância para deslocação a consultas. (…) Porquê? Porque eles só se baseiam no grau da deficiência. Depois a muito custo é que eu contactei a área de apoio à ambulância e é que me foi dito "Você para ter direito à ambulância você tem que ter dois requisitos: ter grau suficiente para pedir a ambulância e ter insuficiência económica". Ou seja, eu não tenho insuficiência económica, mas também não sou rico. E é assim, por exemplo, este ano vou de táxi a Coimbra pelo menos 3 vezes e são 130 euros de cada vez, podendo ir de ambulância, só porque recebo um bocadinho mais do quem tem insuficiência económica. Isso é um serviço que podia ser isento." (**E7**, M, 48, reformado) "(…) enquanto que se fosse de ambulância, de certeza que quem vai de ambulância, deve ir sempre um enfermeiro ou alguém a acompanhar. Logo a chegada ao hospital, é como digo, não me posso queixar, mas também depende da minha postura. Se eu chegar ali, não pedir ajuda ou tentar ficar à espera que me ajudem, não ajudam, claro que não ajudam. Agora indo de ambulância, acompanhado por uma enfermeira que já sabe onde estão as especialidades, eu acho que seria muito mais eficaz. Acho que de uma maneira geral é isso, é falta de dispositivos auditivos e luminosos, seria uma grande ajuda, mas essas são as principais barreiras." (**E7**, M, 48, reformado)	
"Há sim, sim. Sem qualquer dúvida há sempre barreiras. Por exemplo, no posto médico, o estacionamento é acessível, tem uma rampa com a inclinação também parece bem, mas depois não tem uma casa de banho com barras e eu já reclamei várias vezes e eles disseram "Vamos tratar, vamos tratar". Agora já há algum tempo que não vou lá, portanto, desde fevereiro que não vou lá, não sei se já têm, se não, mas não tem. Uma vergonha porque eu precisei de ir à casa de banho e não tinha. Aqui no hospital o acesso também é bom, o estacionamento devia estar mais perto, mais perto da entrada, está um bocadinho longe e aquela rampa de acesso, por causa dos paralelos, torna-se difícil de subir, portanto acaba por ser uma barreira também. A nível de casas de banho, no geral, estão bem adaptadas." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Barreiras físicas (casas de banho não adaptadas, estacionamento, rampa de acesso)
"Passa pelas barreiras físicas que se encontram muito, mas isso depende de cada sítio. Os edifícios se são novos, se não são, da perspetiva que foram construídos. Se bem que eu acho que em Portugal ainda não estamos nada preocupados com as barreiras físicas (…). Depende se o arquiteto que construiu ou o engenheiro, não sei quem esteve, sabia ou não sabia as leis e as cumpriu. (…) E depois também um bocadinho da sensibilidade de quem gere ou quem dirige os serviços, se tem sensibilidade ou não para organizar depois determinadas coisas, porque às vezes são coisas simples que se podem fazer e que não são feitas. Como também uma coisa, por exemplo, que eu acho que é bastante importante e que muitas vezes não existe, que é a sinalização. Porque por exemplo, eu sou mais ou menos autónoma, praticamente, e muitas vezes as dificuldades é em saber para onde é que eu vou. Por onde é que eu entro? Onde é que é? Porque as pessoas olham para mim, quem não sabe, se eu estiver quieta eu praticamente pareço uma pessoa que não tem incapacidade. Muitas vezes eu tenho que perguntar e às vezes, como não há sinalização, a maior parte das	Barreiras físicas (degraus, longas distâncias, estacionamento, casas de banho pouco acessíveis, falta de sinalização, passeios, altura dos balcões de atendimento,

vezes é quase uma ofensa eu perguntar por onde é que é a passagem, para onde é que é o sítio. Porque eu tenho que dizer que sou uma pessoa com incapacidade ou que tenho incapacidade ou que tenho prioridade e ficam quase ofendidas de eu pedir prioridade e dizer por onde é que eu tenho que passar. Isso porque não há sinalização, porque se houver sinalização eu não tenho que pedir nada e passo, e vou. Nós sabermos para onde é que temos que ir, depois isso de termos que passar à frente dos outros e perguntar aos próprios funcionários... Além das barreiras, a sinalização também não existe, porque mesmo que haja umas pequenas barreiras, eu às vezes também consigo ultrapassá-las. Arranjo formas de ultrapassar um bocadinho isso." (**E9**, F, 59, reformada) "Há as outras barreiras, as barreiras que as pessoas criam. O que eu acho que há muito, mas eu isso acho que também não é só para as pessoas com deficiência, mas para as pessoas com deficiência ainda existe mais, nota-se mais, nós sentimos mais porque nós próprios temos as dificuldades são as barreiras que as pessoas têm, criam, fazem, que aparecem porque as pessoas não têm formação. Ou seja, as chefias não dão formação, e aí eu dou culpa às chefias (...). Então seria bom se calhar, fazer formação na parte humana. Do simples atendimento das pessoas, mas eu já nem digo só das pessoas que têm a deficiência, do simples utente. Mas depois dentro do atendimento ao utente, haver uma parte dedicada ao utente com deficiência. Se calhar um utente com deficiência que está numa cadeira de rodas, nem sequer chega ao balcão onde vai ser atendido. Se calhar a senhora que está no guichet tem que sair do balcão, ter sensibilidade suficiente para sair do balcão lá de dentro e vir cá fora atender a senhora que está na cadeira de rodas porque ela não consegue chegar ao balcão para falar, depois não vai ter que estar ali a gritar. Isso é uma coisa básica. (...) Não sei como é que aquilo seria resolvido, mas mais rápido eu estou a ver um dos utentes que estão lá ajudarem a senhora, a fazerem a ligação. (...) Isto é uma barreira, por exemplo. É uma barreira física, mas também é uma barreira de comunicação. Mas isso aí seriam as chefias que teriam que pensar." (**E9**, F, 59, reformada) "(...) por exemplo degraus. Nós entrámos no hospital e nós encontramos logo degraus. (...) Fazer ali uma rampazinha quando saímos do carro para depois subir logo à entrada do hospital, uma coisa simples, uma pessoa que tenha mais dificuldade. Não digo só da pessoa com deficiência com os 60% de incapacidade, falo do idoso. (...) E depois é assim, há outra questão, é a pessoa que tem incapacidade, mas é a necessidade que a pessoa com incapacidade tem de ser autónoma. Porque depois tem que ter sempre alguém para ir com ela para a ajudar. O que eu acho necessário também é que nós sejamos autónomos e estas pequenas coisas de um degrau pode criar a necessidade de nós termos que andar sempre com alguém atrás. (...) Outra coisa que também eu acho que há nos hospitais é as grandes distâncias. Ou seja, nós entramos num hospital desses, especialmente hospitais centrais, e nós para irmos até ao sítio da consulta, é uma grande distância para uma pessoa com muita incapacidade e com dificuldades demora-se muito tempo. Portanto, é difícil. Se está em cadeira de rodas e se tiver alguém que empurre pronto, tudo bem, vai de cadeira de rodas e até não é cansativo. Agora, quem não está em cadeira de rodas, mas tem dificuldades em andar torna-se difícil. Também não sei como é que se resolveria isto, não é? Porque são muitas consultas, também há necessidade de ter espaço, sítio, pronto. (...) Nos hospitais centrais até não são dos piores. São piores depois cá fora até entrámos lá dentro, porque depois lá	escadas sem corrimão, macas e cadeiras não são adequadas para pessoas com deficiência motora); Barreiras atitudinais (pedir prioridade aos outros utentes e deficiências invisíveis);

dentro até não há grandes barreiras. Por exemplo, as casas de banho, pelo menos dos que eu conheço, a maior parte não tem casas de banho muito acessíveis, são um bocadinho adaptadas. Tirando os hospitais se formos ao privado, no privado já têm casas de banho para deficientes adaptadas, já é diferente. Agora no Público já é outra realidade. Assim, mais barreiras... As barreiras até são mais cá fora, depois no estacionamento, passeios ou entrada. É mais por aí." (**E9**, F, 59, reformada) "Por exemplo, nas marquesas, quando me deito na marquesa, quando vou fazer tratamento, as marquesas também são do tempo... Pelo menos nos sítios onde eu vou. Acho que num hospital Público nunca vi uma marquesa que fosse elétrica. Portanto, um doente que tenha que se deitar, tem que ser sempre com ajuda. Com ajuda isto é, enquanto por exemplo eu quando vou à fisioterapia tem marquesa que sobe e desce, é à minha altura, nos hospitais quando tenho que me deitar, tem sempre que ser com ajuda do médico ou da enfermeira porque ali não há a possibilidade de subir e descer, marquesas elétricas ou coisas do género não há. (...) isto depois não só para o doente em si, o mudá-lo e não sei quê, até corre risco às vezes de cair, como os próprios profissionais também é uma sobrecarga para eles fazerem as transferências de uma cadeira de rodas para uma marquesa que nem sequer é funcional." (**E9**, F, 59, reformada) "(...) por exemplo, a cadeira onde nós nos sentamos. É uma cadeira também dos tempos da Maria Cachucha entre aspas, porque quando o doente tem problemas motores, se não estiver em cadeira de rodas, mas que tenha alguma dificuldade, estou a pensar num doente que tem tremores, sei lá, esse tipo de coisas, também precisa de alguma estabilidade. Se está sentado numa cadeira com um assento pequeno, pode cair. Também não é a mais indicada e pode criar algum problema. Eu estou a pensar em mim, não sou das piores, mas também tenho que ter sempre cuidado para estar sentada direitinha porque o tampo é pequenino, quando estou ali sentada. Tanto que depois, quando eu faço a injeção, tenho uma parte que me deito, mas tenho outra parte que estou sentada e quando estou sentada, as médicas nem me sentam na cadeira, sentam na marquesa para estar mais segura, o que quer dizer que devia ter uma cadeira própria para estar sentada, para estar segura (...)" (**E9**, F, 59, reformada) "(...) erros de coisas como escadas que acabavam no final sem ter corrimão, porque se o elevador avariasse nós teríamos que ir para o primeiro andar porque o meu médico estava no primeiro andar por acaso. Escadas que acabam sem corrimão, isso é impensável, porque eu até consigo subir uma escada, mas tenho que ter corrimão para me apoiar, mas uma escada que acaba sem corrimão, isto é uma coisa impensável num centro de saúde. É a tal coisa, nem só para pessoas com incapacidade, mas de idosos também, aquilo é o suficiente para alguém ter ali um acidente e depois era dois em um. E outra coisa inclusive que para mim era o maior disparate que aquele centro de saúde tinha. Tinha o lugar para estacionar, para estacionamento de deficientes, o mais longe possível, ou seja, tinha uma entrada bastante larga, tinha vários lugares de estacionamento perto, mas depois para estacionarmos nos 2 lugares de deficientes que tinha, nós tínhamos que atravessar 3 passadeiras. (...) É este tipo de barreiras que acontecem. (...) E depois tinha, nesse centro de saúde, fizeram uma casa de banho das senhoras, que era dois em um, casa de banho de deficientes e	

casa de banho de senhoras, mas depois o lavatório logo na primeira semana estragou-se e então estava preso com umas fitas (...). (...) uma das coisas que eu vejo também é que a lei não é cumprida e ainda por cima também nos sítios públicos. Mas também isto eu acho que é porque eles se fiscalizam a eles próprios, ou seja, são sítios públicos que são fiscalizados, ao fim e ao cabo, também por entidades públicas." (**E9**, F, 59, reformada) "Há outra coisa também com os hospitais, a maior parte não tem muito, que é o lugar de estacionamento dos deficientes. Os centros de saúde têm ali 2, aqui o antigo não tem, também não se preocupam muito com isso. Normalmente os centros de saúde são lugares de muita gente, os hospitais idem aspas e os lugares de estacionamento são poucos e muitas vezes as pessoas também ainda ocupam lugares de estacionamento sem terem dísticos e também a fiscalização não é nenhuma. (...) E depois nós vamos para ir à consulta e é terrível. Andamos não sei quantas horas para tentar estacionar e a perder tempo ali." (**E9**, F, 59, reformada)	
"Na saúde continua a haver também muitas barreiras e, lamento dizer, muita falta de respeito, principalmente nos estacionamentos. Mas isso não é culpa das pessoas da saúde. É culpa ou de que fiscaliza ou... A principal culpa é daqueles que ocupam os lugares que não são deles. (...) quando iam a Castelo Branco, e na Guarda também, quando iam à junta médica ou vinham cá em baixo fazer-lhe, para o médico os ver vinha cá abaixo, se o médico não queria vir cá abaixo... aquilo, pronto, era assim e penso que ainda continua a ser" (**E10**, M, 80, reformado)	Barreiras físicas (estacionamentos, acessibilidade)
"(...) aparecem letras pequenas nos quadros digitais, o número das senhas e eu pronto, eu não consigo ver porque está em letras pequenas e para mim, torna-se um bocadinho difícil, tenho que ir sempre com alguém e assim a acompanhar-me, porque pronto torna-se um bocadinho complicado ir sozinha." (**E11**, F, 42, educadora de infância) "Nos serviços de saúde onde eu noto que há mais dificuldade é quando eu vou sozinha, tenho que andar sempre a perguntar porque as indicações que há ou o número de senhas ou assim é tudo em letras pequenas e não consigo ver o que lá está e tenho que andar sempre a perguntar porque senão não consigo ir ao sítio que eu pretendo ir." (**E11**, F, 42, educadora de infância) "É só mais naquela questão a nível visual como eu já lhe disse que há situações que tenho que estar sempre a pedir à pessoa que vai comigo ou assim, "Onde é que é isto?", pronto para me ajudar e para me guiar, porque as indicações que há são todas com letras pequenas e aqueles quadros magnéticos que existem é tudo com letras pequenas e eu sozinha não consigo ir, tenho que ir sempre com uma companhia ou estar com muita muita atenção, por causa de ouvir o número e assim da senha." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Barreiras de comunicação (senhas); Barreiras físicas (sinalização)
"É assim eu fico sempre de olhos muito abertos, ou seja, tenho que estar com a minha atenção mais triplicada, ou seja, estou mais perto da porta quando é para chamarem, porque se me chamarem pelo altifalante eu não consigo ouvir, não é? Não consigo perceber quando me estão a chamar. Se vierem à porta chamar, eu estou sempre a ver, eu estou sempre ali ao lado da porta onde os doutores vão chamar, que é para eu também conseguir vá, digamos assim, ouvir, ver	Barreiras de comunicação (máscaras, não sabe quando é chamada

quando estão a chamar o meu nome." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Os médicos andam de máscaras e para mim tem sido complicado novamente. E também é assim, se não houver máscaras, eu consigo fazer leitura labial, consigo ter ali uma comunicação, tanto sozinha ou estando acompanhada consigo, mas se houver máscaras, não, não consigo perceber mesmo." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	para ser atendida)
"Há muita falta de língua gestual, pelo menos um intérprete. Eu sei que é impossível haver intérpretes nos hospitais todos, nos centros de saúde todos, ali 24 horas por dia, mas, por exemplo, através de videochamada, haver algo que pudesse, por exemplo, uma central em que os centros de saúde e os hospitais pudessem contactar. Por exemplo, em Lisboa têm. A Federação de Surdos tem, na zona de Lisboa têm. Aqui não há, aqui Castelo Branco não tem e isso é um grande problema. Claro que não há perfeição. Não. Eu é através da escrita, mas vamos imaginar, eu até sei escrever e ler, mas há aqui surdos que nem sabem. Como é que eles vão conseguir perceber? Vão andar a apontar, vão dar medicação que depois se calhar nem tem nada a ver com aquilo que estão a perceber? E isto é complicado. Acho que pelo menos um bocadinho de língua gestual todos os médicos deviam saber, é o mínimo. Não digo a língua gestual toda, mas pelo menos um bocadinho acho que já ajudava, já resolvia aqui alguma coisa." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Por exemplo, ainda há pouco tempo, por exemplo, quando foi do COVID, a gente usava as máscaras e houve uma vez que eu fui à farmácia. Vamos imaginar na farmácia. Usávamos todos máscaras, não é? Há alguns que até compreendem, têm sensibilidade, baixam a máscara. Há outros que não. Houve uma vez que eu pedi "Eu preciso de perceber o que está a dizer. Eu sou surda para conseguir fazer leitura labial" e não percebi o que é que o senhor da Farmácia estava a dizer. Havia uma fila enorme, eu sei, mas é assim eu não posso estar aqui a responder a coisas que eu não sei o que é que me estão a perguntar. Ora o senhor não aceitava escrever, não aceitava baixar a máscara. Foi uma coisa horrível, eu por dentro fiquei mesmo exaltada, fui-me embora, chorei, falei com o meu marido e disse que não consegui perceber. Vim-me embora, não trouxe a medicação. Depois o meu marido é que tive que ir à farmácia. Isto é uma situação que não é nada de mais, é só escrever ou baixar a máscara e as pessoas não aceitaram e isto é uma grande barreira também. É assim, não há acessibilidades, não há. Eu gostava de conseguir que houvesse mais sensibilidade. Não, mas sinto que há muitas situações discriminatórias, que as pessoas não têm sensibilidade em situações muito simples. Eu estou já um pouco cansada, sou sincera. Já vivi várias barreiras." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Por exemplo, eu gostava de ir a uma psicóloga, vamos imaginar, o meu filho esteve muito doente e eu andei muito mal também, eu gostava de ir a uma psicóloga. Agora quer dizer, eu ir a uma psicóloga, eu não fui porque eu tinha que trazer uma intérprete. A intérprete teria que traduzir, iria saber toda a minha vida e eu gostava era falar só com a psicóloga, estar em privado com a psicóloga, sem ter ali uma intérprete, ou seja, uma outra pessoa. Eu entendo, mas	Barreiras de comunicação (falta de intérpretes, máscaras, não conseguir responder a perguntas, não sabe quando é chamada para ser atendida); Barreiras atitudinais Importância das barreiras que existem no acesso à saúde mental

para eu estar bem tinha que lá estar alguém. Diziam-me "Vai, vai a uma psicóloga, vai desabafar", mas havia esta barreira, ou seja, eu saí prejudicada nisto." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Eu gostava de entrar no hospital ou no Centro de Saúde e sentir confortavelmente que as pessoas iriam-me entender, mas eu sei que não é isso que vai acontecer. Eu tenho que dizer "Eu sou surda" e a pessoa fica "Ah. E agora? E não sei quê". Começam a pôr logo obstáculos. Eu dei o meu cartão de cidadão, a pessoa marca, eu estou ali à espera. Eu muitas vezes não estou a ouvir, eu não oiço quando me estão a chamar e eu digo "Olhe, eu sou surda, quando disserem o meu nome pode-me dizer?". Há pessoas que estão ali e que até são sensíveis, mas há outras que não, mas depende da pessoa que ali esteja até mesmo na secretaria e muitas das vezes estou ali 1 hora, 2 horas e as pessoas a quem eu chamei à atenção a dizer que sou surda para quando chamarem o meu nome me dizerem não se lembram de mim, deixam de me chamar. Eu entendo que também têm o trabalho delas, mas quer dizer, eu ainda faço este trabalho de casa de dizer à pessoa que sou surda e quando me chamarem para me dizerem porque eu não oiço, porque é pelo altifalante. Mas, quer dizer, as pessoas também têm que ter um bocadinho de sensibilidade. Eu não tenho culpa. Eu sei que elas também não têm culpa, mas quer dizer, eu aviso-vos." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	
"(...) dentro do hospital é acessível, mas para estacionar o carro nas imediações, eu não consigo garantir que vou ter um lugar de estacionamento onde eu consiga tirar a minha cadeira de rodas sozinha e que depois o percurso até ao hospital ou à zona dos exames, porque às vezes são em sítios diferentes, é totalmente acessível, portanto, a minha maior queixa é mesmo a acessibilidade das imediações do centro hospitalar." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade) "Então as barreiras maioritárias que eu sinto são, de facto, esta questão da acessibilidade, portanto, no acesso ao serviço de saúde. No meu caso particular, tenho profissionais de saúde que são muito acessíveis atitudinalmente, mas sei que não é uma realidade transversal, ou seja, a questão dos profissionais de saúde muitas vezes negarem adaptações, assistências, terem comportamentos capacitistas, não abordarem determinados temas com determinadas pessoas com deficiência, porque as pessoas têm uma deficiência. Portanto, isso é, de facto, uma grande barreira para além, obviamente das barreiras físicas. Eu sou uma pessoa com deficiência motora e, portanto, sinto muito a falta de acesso físico, mas existem pessoas com outras deficiências que poderão sentir, por exemplo, grandes barreiras na comunicação as pessoas surdas, barreiras na leitura de documentos as pessoas cegas, as pessoas com deficiência intelectual, ou seja, há aqui muitas barreiras na interação que eu acho que são muito proeminentes. Uma que também acaba por ser uma barreira física: muitas vezes, em alguns equipamentos de exame, sei lá, papanicolau. Mamografia por acaso não faço, faço ecografia mamária e, portanto, não tenho essa questão, não sei como é que será quando um dia tiver que fazer mamografia. Mas por exemplo, o papanicolau não haver marquesas minimamente adaptadas para mim é muito complicado e, por exemplo, para dar um exemplo, no centro de saúde, quando fiz o último papanicolau para o rastreio que agora se faz no IPO eu fiz numa marquesa normal, ou seja, a minha médica fez-me numa marquesa normal e conseguiu fazer o papanicolau, mas quando vou à minha ginecologista, porque eu sou acompanhada numa	Barreiras físicas (marquesas, acessos, máquinas de mamografia, estacionamento)

ginecologista também, sempre fui, ou seja, a marquesa do papanicolau eu não consigo subir para lá sem ajuda, porque é extremamente alta e, portanto, esta questão da acessibilidade física nos próprios equipamentos é também uma grande barreira e causa aqui um grande constrangimento às vezes, quando vamos aos cuidados de saúde." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	
"(…) quando a gente vai a um sítio qualquer, por exemplo, ainda agora fui à médica, o estacionamento que lá temos… Ora a gente sai do carro do lado esquerdo, não é? Não podemos sair do lado direito. O que é que eles fazem? Aquilo é uma via de sentido único. Onde é que eles vão a pôr o estacionamento? Do lado esquerdo. Tem um passeio que tem à volta de no mínimo 15 cm de altura. Como é que eu posso encostar o carro do lado esquerdo sem deixar o carro quase ao meio da estrada? Não posso, é impossível, então tenho que deixar o carro quase no meio da estrada para eu ter espaço para a cadeira, para eu sair para ir ao centro de saúde. (…) Portanto, isto está péssimo porque eu para lá ir não consigo ir sozinho. Se a gente tivesse os lugares do lado direito, principalmente à frente mais direito, porque aquilo está a subir. Se ficasse lá à frente num sítio direito, a gente entrava e saía e não precisava de ninguém. Bastava a parte das rampazitas, porque aquilo tem os escalõezinhos e a gente sozinho… ora, basta levantar um bocadinho as rodas. Eu levanto, mas se levanto demais vou para trás, caio e posso-me aleijar muito mais. Isso aí não é muito bom para nós." (**E15**, M, 63, reformado) "Bom, por exemplo, no hospital, nós vamos ao hospital, antigamente aquilo os locais cá embaixo para a entrada para as visitas, aquilo era só para deficientes de cadeiras de rodas. (…) A gente chega lá, quer estacionar o carro, não temos lugar." (**E15**, M, 63, reformado)	Barreiras físicas (estacionamentos)
"Sim, claro. Ui tantos. Basicamente é a comunicação, é conseguirmos comunicar e explicar aquilo que sentimos. É a comunicação com o médico. Eu antes, às vezes, tenho que pedir uma intérprete para vir comigo, maioritariamente porque preciso." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Por exemplo, vamos imaginar, no centro de saúde ou numa consulta noutro lado, tenho que pedir uma intérprete, mas isto é com antecedência que isto é possível agora, se num acontecimento, algo que aconteça repentinamente, é muito complicado arranjar uma intérprete assim na hora. Por exemplo, no médico até para chamarem, eu não consigo ouvir chamar o meu nome e eu tenho que andar sempre a avisar "Olhe quando ouvir o meu nome diga-me", as pessoas esquecem-se. Se houvesse um ecrã era mais fácil, eu conseguia perceber quando era a minha vez, quando me estavam a chamar. Agora assim tenho eu que estar muito atenta, quando vem lá alguém, se me estão a chamar a mim, se não estão. Às vezes até eu pergunto "É a mim que me estão a chamar?" e eles dizem sim ou não. Pronto, é complicado. Só que se for assim uma coisa repentina, de alguma doença que tenha, quer dizer, não tenho ali uma intérprete. É uma barreira enorme." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "É assim, muitas vezes pronto a gente tenta, por exemplo, explicar que a gente não se sente bem, que está às vezes até	Barreiras de comunicação (falta de intérpretes; dificuldades em transmitir sentimentos e fazer com que as preocupações sejam tidas em conta pelos médicos; falta de privacidade ao ter o apoio de intérprete)

depressiva e isso é muito complicado explicar ao médico. São coisas muito específicas que são sentimentos, são coisas que a gente vai sentindo no dia a dia, não é? Às vezes eles pensam que a gente está bem, mas não é, porque é assim, depende da perspetiva. Nós surdos sentimos de uma maneira diferente da dos ouvintes e aí, às vezes também explicar isto ao médico eles dizem "Isto passa, isto passa, tome esta medicação, isto passa, está tudo bem". Isto também é incomodativo. Mas pronto é assim, eu não gosto muito de ir a consultas, sou sincera, não sou muito de ir ao hospital, porque eu quando vou gostava de ter uma conversa privada para poder falar de mim mais à vontade, estar à vontade. O estar à vontade com uma intérprete ou com outra pessoa é muito complicado, não é algo que me sinta confortável." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	
"Sim, muitas. Desde barreiras físicas a barreiras atitudinais, que são as que mais me têm impactado. Nas físicas, podemos nomear tudo o que são aparelhos, macas, maquinaria, etc. As idas ao dentista são sempre desafiantes, por exemplo. São extremamente raros os gabinetes que têm a possibilidade de retirar a cadeira normal, para uma estrutura que permitam as pessoas em cadeira de rodas manual não tenham de se transferir. No meu caso, que tenho uma cadeira elétrica, que tem as mesmas funções elétricas que a cadeira dos gabinetes de dentistas, bastava retirar-se a cadeira deles, para colocar a minha no mesmo lugar. Fazer RXs, para quem está em cadeira de rodas, é sempre uma chatice; as idas ao ginecologista idem, etc. Atitudinalmente, para mim é a barreira mais gritante, e que ainda hoje mexe brutalmente comigo. Nos últimos anos, tem sido frequente terminar as consultas ou exames num estado de enervamento extremo, a chorar compulsivamente. A classe médica é dos setores mais capacitistas que existem na sociedade, e mais resistente às mudanças socioculturais. O foco é a doença, e nunca a pessoa ou o seu contexto social e familiar. No que toca às pessoas com deficiência, há um constante tom paternal e condescendente durante os serviços; é muito difícil sermos levados a sério e sermos ouvidos. A escuta ativa é algo que não se vê nos serviços de saúde. O setor está repleto de preconceitos (ideias preconcebidas) sobre nós, que influenciam em grande escala o serviço que é prestado. A sexualidade e o direito à parentalidade é algo que é completamente ignorado; o emprego das pessoas com deficiência é visto como uma "ocupação dos tempos livres", e não como um meio de sustento financeiro, tal como é para qualquer outro cidadão." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Barreiras físicas (máquinas dos exames complementares com as do raio X, macas); Barreiras atitudinais (capacitismo)
Ligação à teoria: "As barreiras experienciadas pelas pessoas com deficiência são obstáculos à sua vida ativa e entraves ao exercício da sua liberdade e à possibilidade de usufruírem dos seus direitos tal como o fazem as pessoas sem deficiência (22)." - Barreiras atitudinais: estas barreiras estão relacionadas com o estigma → "O estigma nasce de preconceitos e estereótipos que se manifestam na interação social com pessoas com deficiência, e estão na base das designadas barreiras atitudinais (19)." ❖ Definição: relacionam-se com o ambiente social em que a pessoa está inserida e manifestam-se por comportamentos e perceções que levam à discriminação. Devem-se muitas vezes à ignorância em relação aos diversos tipos de deficiência, assim como aos preconceitos existentes • Falta de preparação de quem trabalha nos cuidados de saúde para lidar com pessoas com deficiência • Profissionais que não deixam entrar acompanhantes	

- Não falarem diretamente com a pessoa, atitudes desajustadas
- Atitudes dos profissionais e de outros utentes em relação a pessoas com deficiências invisíveis
- Pessoas surdas muitas vezes pedem para serem avisadas quando são chamadas para serem atendidas, mas depois não são avisadas

- Capacitismo

- Barreiras organizacionais ou sistémicas
  - ❖ Definição: referem-se a políticas ou práticas discriminatórias;
  - Dificuldade no acesso a consultas de especialidades médicas e falta de médicos de família com a consequente necessidade de recorrer ao setor privado

  - Pessoas cegas: falta de pessoas que possam acompanhar

  - Dificuldades económicas e a necessidade de percorrer longas distâncias para aceder a cuidados de saúde e ainda o facto de ser a própria pessoa que muitas vezes tem de pagar o transporte

- Barreiras arquitetónicas ou físicas
  - ❖ Definição: existem em edifícios, assim como em espaços exteriores. Exemplos deste tipo de barreiras são disposição das divisões, a largura das portas e o design de objetos
  - Pessoas cegas: muitas vezes não conseguem encontrar o local para onde se devem dirigir, dificuldade em se orientarem no espaço, falta de sinalização adaptada; portas de vidro
  - Deficiência motora: estacionamentos e passeios; acessos, rampas, degraus, escadas sem corrimão; altura dos balcões de atendimento; durante períodos em que há obras os acessos não são pensados; casas de banho não adaptadas; macas (não conseguir subir para uma maca sozinha) e cadeiras não são adequadas para pessoas com deficiência

- Barreiras de informação ou de comunicação
  - ❖ Definição: acontecem quando não se tem a atenção devida às deficiências sensoriais como as da visão e audição
  - Pessoas cegas: tirar senhas para serem atendidas, não conseguem ver nos ecrãs para saberem qual é a sua vez e também não conseguem ouvir o seu nome ou número a ser chamado porque o som está baixo ou há muito ruído; dificuldades no preenchimento de formulários
  - Pessoas surdas: máscaras tornam impossível fazer leitura labial; não sabem quando são chamadas para serem atendidas principalmente quando não há um ecrã com as informações; falta de interpretes nos cuidados de saúde; nas consultas não conseguem comunicar devidamente com os profissionais, mas se houver a presença de uma intérprete já não existe a mesma privacidade, isto tem especial importância na área da saúde mental

- Barreiras tecnológicas ❖ Definição: ocorrem devido a aparelhos ou plataformas que não foram projetados de forma a serem acessíveis e que não podem ser usados com programas ou dispositivos de assistência • máquinas dos exames complementares (exemplo máquina de mamografia e máquinas de Raio X)

2.3. Influência das barreiras existentes na qualidade do serviço prestado

Excertos das entrevistas	Notas
"Claro (…) porque se tu não dás importância às reclamações da pessoa e se tu não a consideras uma pessoa igual a ti ao ponto de validares o que ela está a dizer, tu não vais levar aquilo que ela diz com a importância que deveria ter." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Têm influência
"É como lhe digo até aqui tenho tido muita sorte mesmo." (**E2**, M, 49, gerente)	Não considera que existam grandes barreiras nos cuidados de saúde
"Influenciar? Não sei. Se o atendimento seria melhor ou seria pior? Não sei. Eu penso e quero crer que não, mas há sempre um mas, a gente fica se calhar sempre naquela dúvida. A gente às vezes a olhar para uma pessoa, só com a expressão da pessoa sabemos logo, tiramos algumas conclusões. Uma pessoa que não vê, ouve a palavra da pessoa e ponto. (…) Eu, na minha situação, eram umas borbulhas que me apareciam no corpo, que apareciam e desapareciam. A pessoa que estava comigo sabia muito melhor explicar esta situação do que eu, porque eu sabia dizer que me dava comichão e nada mais, mas a pessoa que via, via o aspeto e tinha outra forma de explicar as coisas. Se calhar, aí sim, eu ficava muito melhor atendido e com a situação logo resolvida se a pessoa fosse comigo. Se calhar assim não ficou porque eu tive que lá voltar outra vez." (**E3**, M, 53, desempregado)	Não têm influência na qualidade, mas dificultam a experiência
"Sim claro, e no impacto que têm no próprio, não é tanto o serviço em si, mas claramente pode levar ao erro diagnóstico." (**E4**, M, 38, engenheiro)	Têm influência
"Não, não. Penso que não." (**E5**, M, 59, telefonista)	Não têm influência
"Eu julgo que a qualidade do serviço eu pelo menos não tenho razão de queixa. Não posso dizer que o serviço é mal prestado. Muitas vezes pode gerar é alguns constrangimentos ou até algum desconforto (…)" (**E6**, M, 60, professor)	Não têm influência na qualidade, mas sim em como a pessoa se sente
"Não, eu acho que não, mas por comodidade minha, se fossem ultrapassadas essas barreiras era mais fácil a movimentação e o saber onde estar, não é?" (**E7**, M, 48, reformado)	Não têm influência na qualidade, mas dificultam a movimentação
"Não propriamente. Podem é interferir na maneira como eu depois entro no serviço porque me posso chatear. Se não tem estacionamento, vou ficar chateada, se não tenho uma casa de banho para poder ir, não vou ficar muito bem	Não têm influência na qualidade, mas

disposta, não é? Agora no serviço em si, penso que não interfere diretamente." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	sim em como a pessoa se sente
"Influenciam, neste caso influenciam." (**E9**, F, 59, reformada)	Têm influência
E10	(não respondeu à pergunta)
"Como quase sempre vai comigo alguém que me ajuda e assim ou alguém que esteja lá que vai-me dizendo ou vou perguntando, depois acabo por ultrapassar esses problemas todos, mas pronto é preciso estar dependente de alguém." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Não têm influência na qualidade, mas implicam que não possa ser autónoma
"Sim, sim, porque eu oiço muito pouco. Eu tenho que estar sempre com muita atenção, não me posso distrair, tenho que estar sempre a olhar para a porta, tenho que estar sempre perto da porta, ou seja, eu se estiver mais atrás ou mais longe do sítio onde é feita a chamada eu não consigo ouvir." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Têm influência
"Sim, sim, por exemplo, vamos imaginar que eu não vou porque eu sei que a pessoa não me vai entender. Eu vou sair sempre prejudicada porque sou eu que saio prejudicada, porque não vou, porque não me vão entender, porque a pessoa não se esforça, porque isto, porque aquilo e os outros surdos sei que eles também sentem o mesmo. Ou vão e não percebem o que eles estão a dizer. Eles sentem-se prejudicados" (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Têm influência
"Ai sem dúvida. Eu acho que naturalmente, em primeiro lugar, acho que há muita a ideia de que as pessoas com deficiência passam a vida em médicos, o que não necessariamente é verdade, mas porque somos pessoas e podemos efetivamente, ou ter como eu visitas de rotina ou ter visitas constantes, já há uma carga associada a nós irmos a uma consulta médica, sei lá, os receios, etc. Com toda esta programação que nós temos que fazer ou toda esta antecipação de possíveis constrangimentos que nós já sabemos que vamos encontrar, eu acho que torna toda esta experiência menos agradável e pode mesmo, e acredito que em muitas pessoas cause grandes níveis de ansiedade e até às vezes de evicção, ou seja, evitar ter que ir aos cuidados de saúde e negligenciar essa parte da nossa vida." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Têm influência
"Principalmente para mim, porque se eu quiser lá ir tenho que levar alguém comigo, porque se eu quiser lá ir sozinho, que eu posso, porque tenho todas as condições para eu resolver o problema sozinho, mas nesse caso, como não tem condições, aí já não posso ir sozinho e já tem que alguém me acompanhar para eu ir lá." (**E15**, M, 63, reformado)	Têm influência
"Sim, sim, claro. A comunicação é uma coisa básica e depois há especificidades ligadas na saúde e que são extremamente importantes, por isso sim." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Têm influência
"Completamente. O capacitismo enviesa gravemente a forma como os serviços são prestados e o tipo de soluções apresentadas. Impede que os profissionais, especialmente os médicos, consigam entender o indivíduo na sua totalidade e, portanto, fornecer os cuidados adequados àquela pessoa, que é única no mundo e que tem as mesmas necessidades do que qualquer outro cidadão." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Têm influência

Ligação à teoria: "O World Report on Disability, de 2011, já chamava à atenção para as barreiras existentes e sugeria que os governos tomassem medidas para tornar os serviços de saúde dos seus países mais acessíveis, sendo para isso necessário reformular políticas (23). O Global report on health equity for persons with disabilities aprofunda ainda mais esta problemática, realçando a importância deste tema, como se pode verificar pelos outcomes de saúde das pessoas com deficiência em comparação com as pessoas sem deficiência. Estas diferenças não se devem apenas à deficiência sem si, tendo como causa principal as desigualdades em saúde, desigualdades essas que são evitáveis se existir um esforço para reduzir as barreiras e o estigma, aumentando a acessibilidade. Estes fatores levam a que estas pessoas tenham um maior risco de desenvolver novos problemas de saúde, com aumento da morbilidade (2)." → As barreiras existentes têm influência nos outcomes de saúde

A maioria das pessoas entrevistadas (9 pessoas) considera que as barreiras existentes têm influência na qualidade do serviço que lhes é prestado. Outras pessoas (5 pessoas) consideram que apesar de estas barreiras não prejudicarem diretamente a qualidade, têm influência no serviço, por exemplo, porque fazem com que a pessoa não possa ser autónoma, dificultam a sua movimentação pelo espaço ou interferem na forma como a pessoa se sente. Apenas 1 pessoa considerou que não influenciam a qualidade do serviço.

2.4. Diferenças na acessibilidade entre cuidados de saúde primários e hospitais

Excertos das entrevistas	Notas
"(…) porque os hospitais como são um bocadinho maiores se calhar, as pessoas já viram muita coisa, já não estão assim tão circunscritas a este meio." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Hospitais
"Quando vou ao centro de saúde vou sempre acompanhado. Em termos gerais, a única diferença é que há mais pessoas nos hospitais. Tirando isso em termos de acessibilidade acho que não há problemas." (**E2**, M, 49, gerente)	Não há diferenças na acessibilidade
"Eu não achei isso." (**E3**, M, 53, desempregado)	Não há diferenças na acessibilidade
"Sim, há grandes diferenças. Eles tentam estar preparados, mas há diferenças. Nem é tanto se é um centro de saúde ou um hospital, mas é mais no sentido de se é um hospital ou um centro de saúde mais recente ou mais antigo e aí sim é onde se nota mais o impacto." (**E4**, M, 38, engenheiro)	As diferenças são entre os edifícios mais antigos e aqueles que são mais recentes
"Há hospitais e hospitais. Os hospitais novos penso que já estão mais bem preparados, como o centro de saúde. No centro de saúde também aquele que eu frequento aqui no Fundão, também é pequeno, não é? Não tem grande dificuldade. Se formos para o de Benfica ou de outra freguesia qualquer, se calhar já iria ter mais dificuldade." (**E5**, M, 59, telefonista)	Depende do local onde é o serviço e se é antigo ou recente
"Existem, desde logo porque normalmente, pelo menos aqui na nossa região, os centros de saúde têm dimensões consideravelmente menores do que um hospital, mesmo comparativamente com o Cova da Beira e, portanto, é relativamente mais fácil nós até memorizarmos os percursos no centro de saúde, porque temos o gabinete do médico de família, que, ao fim de 2 ou 3 vezes ou até às vezes à primeira nós memorizamos o percurso, independentemente se vamos com um cão ou de bengala, ou o que seja. Eu ao centro de saúde, por exemplo aqui do Fundão, vou sozinho sem	Centros de saúde

problema nenhum, não preciso de levar companhia. O mesmo já não acontece nos hospitais, há de facto diferenças em termos de acessibilidade consideráveis. Nos hospitais a situação é bastante mais complicada e particularmente partindo do princípio que vamos lá menos vezes, e mesmo que a gente lá vá muita vez, se formos para serviços diferentes por exemplo, dada a dimensão do edifício e a sua organização, enfim arquitetónica, vamos dizer assim, claro que a situação é bem mais complicada porque não estão devidamente sinalizados ou com dispositivos eletrónicos, ou o que seja, que nos permitissem navegar pelos edifícios de forma diria autónoma, isso é praticamente impossível, enquanto que nos centros de saúde isso é mais fácil poder acontecer." (**E6**, M, 60, professor)	
"A nível logístico e a nível de edifícios é mais fácil ir a um posto médico do que ir ao próprio hospital, porque para já o posto médico é mais pequeno e não existe tanta confusão, tanta gente e entradas e saídas e pronto. (…) ao posto médico vou sozinho, mas ao hospital já não (…)." (**E7**, M, 48, reformado)	Centros de saúde
"São ambos mais ou menos acessíveis." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Não há diferenças na acessibilidade
"Eu acho que o facto de terem pessoas internadas lá e que vivem o dia a dia e os profissionais lidarem com essa realidade, ou seja, são eles que cuidam dos próprios doentes, apercebem-se das necessidades de mover, de como é que os doentes têm que andar, seja de cadeira de rodas, seja a pé, seja com uma bengala e então aí as coisas estão mais organizadas de forma a serem mais funcionais. Eu acho que passa por aí, se bem que muitas vezes os profissionais que estão mais no direto, os enfermeiros, os fisioterapeutas também não terem o poder todo nas mãos de modificarem as coisas, mas têm mais facilidade. Depois também transmitem mais aos médicos dos serviços a necessidade do dia a dia. Então eu penso que é mais por aí, enquanto nós vamos ao centro de saúde, vamos às consultas só, não estamos lá no dia a dia viver (viver entre aspas) não passamos lá 24 horas, portanto não há necessidade também de modificar muitas coisas, só lá estamos um bocadinho e pronto e não se modifica tanto as coisas." (**E9**, F, 59, reformada)	Hospitais
"O centro de saúde é mais pequeno, tudo ali mesmo os consultórios é tudo ali pegadinhos uns aos outros e tal. Penso que nesse aspeto no centro de saúde é mais fácil, para mim." (**E10**, M, 80, reformado)	Centros de saúde
"O centro de saúde é só a questão de ser mais pequeno. Pronto são sítios mais pequenos e pronto como os hospitais é maior, pronto, há mais… não é dizer que haja confusão, mas pronto, para mim é mais fácil ser um sítio mais pequeno do que o sítio onde haja mais gente e assim, é mais fácil o centro de saúde, sim." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Centros de saúde
"(…) os hospitais, por exemplo, o espaço é muito maior, não dá para nós conseguirmos ouvir de todo, não é? O centro de saúde é um local um pouco mais pequeno, dá para eu conseguir ouvir alguma coisa, estar com atenção e ver quando me estão a chamar. Nos hospitais é muita a confusão, o espaço é muito maior e no hospital é muito difícil percebermos quando nos estão a chamar a nós." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Centros de saúde
"(…) eu acho que é igual, não há diferenças, depende das pessoas que lá estão. Por exemplo, no centro de saúde, o médico de família já nos conhece, já sabe o que é que nós temos, já sabe comunicar connosco porque já nos vai conhecendo, já tem métodos de comunicação connosco. No hospital não, são sempre diferentes. Por exemplo, eu quando estive grávida, eu ia sempre ao mesmo médico e ele já me conhecia e a gente conseguiu-se comunicar. O	Não há diferenças, depende se são os mesmos profissionais

médico de família a mesma coisa. Nos hospitais pronto, depende, se é o mesmo ou não é." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	
"Obviamente, eu sinto-me muito mais confortável no centro de saúde, mas acho que é pela relação de proximidade que já tenho com as administrativas, com a médica de família, sinto-me um bocadinho em casa, já vou lá há muitos anos, portanto, acho que isso contribui para uma experiência mais agradável. Se eu tiver que tirar este enviesamento e focar apenas na acessibilidade, eu diria que dentro das instalações não vejo assim grandes diferenças. O meu centro de saúde é mais recente que o meu hospital, é mais agradável, mas, portanto, nas imediações e no facto de eu poder ir sozinha, aí sim, sinto uma grande diferença, sendo o centro de saúde claramente melhor." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Centros de saúde
"O hospital, em princípio até é mais acessível, é mais direitinho que a gente chega lá ou por um lado ou pelo outro, pronto, têm que resolver o problema que a gente não pode deixar o carro cá fora tão longe. (…) sempre é mais direito do que nos centros de saúde." (**E15**, M, 63, reformado)	Hospitais
"No centro de saúde nem tanto, mas nos serviços de saúde eu a nível da comunicação é muito complicado. Centro de saúde pronto, o médico de família é espetacular, tive uma sorte, que ele é impecável. Ele é muito sensível, muito sensível mesmo, e ele então tem um cuidado extremo. Nos outros hospitais não. Aí a comunicação é uma grande barreira porque eles não percebem também e eu sinto-me mais nervosa, porque é assim estamos a falar de coisas ligadas à saúde e a saúde é muito importante. Para mim é uma questão de nervos quando lá vou. O centro de saúde não, não me sinto tão nervosa porque o médico é espetacular." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "É assim, é igual, mas o que eu sinto é que no centro de saúde, como já nos conhecem os médicos de família, pronto, já sabem que eu sou surda. Claro que se vier alguém novo, eles não sabem, não é? E eu tenho que dizer que sou surda. No hospital tenho que estar sempre a dizer "Eu sou surda, eu sou surda", mas no centro de saúde eles já nos conhecem, a comunicação já é possível. Às vezes até tenho que avisar quando vou a algum sítio que não me conheçam, que sou surda, pronto, isso tenho que andar sempre a avisar, sim. Não há nada perfeito, isso é impossível." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Centros de saúde
"Quanto à comparação entre centro de saúde e hospital, as acessibilidades físicas são semelhantes. As atitudinais, diria que também, uma vez que sinto que no centro de saúde a minha médica, embora também tenha muito trabalho, tem mais disponibilidade mental e emocional para me ouvir. Demonstra mais empatia e humildade, não tendo medo de dizer "não sei", quando efetivamente algo lhe escapa do conhecimento (algo raríssimo de se ouvir por parte de um médico). Já nos hospitais públicos, os tempos de consulta são curtos, há menos paciência por parte dos profissionais, entre toda a parte capacitista que já mencionei." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Quanto à acessibilidade física não há diferenças; quanto às barreiras atitudinais existem menos com a MGF
2.5. Proposta de mudanças a fazer nos cuidados de saúde	
Excertos das entrevistas	**Notas**
"Olha, gostaria que a ACAPO ou alguém, alguma entidade qualquer, desse formação aos médicos, no sentido de	Formação para

trabalhar um bocado a comunicação deles (...)" (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	melhor a comunicação
"Difícil responder para quem é bem tratado. Não estou mesmo a ver. (...) Eu quando acabei o curso, tirei bioquímica, eu tentei arranjar trabalho aqui por causa do laboratório que há vários. (...) Mesmo assim achei que não havia vontade de integrar pessoas com deficiência." (**E2**, M, 49, gerente)	Mais pessoas com deficiência a trabalharem nos cuidados de saúde
"Olha, eu acho que devíamos poder marcar, por exemplo, uma consulta médica no centro de saúde e eu agora queria uma consulta, telefonava para lá e marcava a consulta, não ia para lá. (...) O que eu queria dizer é não ser necessário eu, por exemplo, queria marcar uma consulta, telefonava para lá para o centro de saúde, marcava a consulta. (...) Não acontece. Temos que ir para lá marcar a consulta, fazer o tal papel que eu não consigo fazer, que isso também é um obstáculo. Não sei se elas o fazem, nunca perguntei. Eu sei que à minha mãe já lhe disseram que elas não o preenchem. (...). Se calhar, as consultas serem mais rápido, os exames, sei lá. Se calhar muita coisa, mas não sei, não tenho grande coisa para dizer sobre isso porque como ainda não sou muito ativo nem no centro de saúde nem no hospital não posso falar assim muito." (**E3**, M, 53, desempregado)	Maior facilidade na marcação de consultas com menos burocracia
"Acima de tudo que quando se pensa no edifício ou quando se fazem obras, que se pense obviamente que uma pessoa com deficiência pode ter que se deslocar até lá." (**E4**, M, 38, engenheiro)	Construção dos edifícios deve ser pensada para ser acessível
"(...) por exemplo, nós, os cegos vamos a um hipermercado, (...) temos o apoio de algum funcionário. Eu penso que era interessante também no serviço de saúde, haver essa situação. Porque pronto nós somos auxiliados ou pelo enfermeiro ou pelo médico ou auxiliar, mas têm outros doentes para tratar. (...) Tanto no contexto de urgências como se calhar no aspeto de fazer visitas a pacientes. Isso é uma situação que eu acho que podia ser interessante, porque se eu quiser ir visitar um familiar ou um amigo meu sozinho ao hospital é complicado. Como é que eu ando lá dentro sozinho? (...) Depois há sempre o segurança que chama o rececionista. O rececionista chama a enfermeira ou auxiliar, depois vem o médico, há sempre alguém que acompanhe, mas não é aquela coisa de ser se fosse um profissional. No centro de saúde talvez não se justifique muito, mas no hospital penso que se calhar até se justificava." (**E5**, M, 59, telefonista)	Apoio de uma pessoa para guiar dentro o hospital
"Olha, então é assim, do ponto de vista das barreiras físicas, não é arquitetónicas necessariamente, mas físicas. Que de facto houvesse a possibilidade de existirem mecanismos via sistemas de navegação que pudessem ser autónomos e que nos pudessem guiar sem precisar de estarmos a levar alguém, que isso fosse possível de ser feito e não é difícil, há muita coisa já feita nessa área. Depois que de facto, em termos comunicacionais, que as pessoas percebessem, a não ser que nós digamos que temos qualquer outro problema, que o facto de termos, por exemplo, a deficiência visual apenas precisamos que nos tratem e falem connosco enquanto tal, que nos expliquem, que nos descrevam o que quer que seja que tiver que ser descrito e nada mais que isso, ou seja, haver aqui uma maior assertividade em termos comunicacionais." (**E6**, M, 60, professor)	Sistemas que permitam à pessoa conseguir orientar-se no espaço; maior consciencialização dos profissionais sobre a deficiência

"(…) para pessoas com total cegueira, haver uma política de médico a casa, assistente social mais próximo, ou seja, por exemplo, uma vez por mês dar um telefonema ou uma ida à casa, saber se está tudo bem, se não está, se precisa de alguma coisa que não possa ir buscar ou que não tenha como adquirir. Haver mais divulgação dos produtos de auxílio às pessoas com deficiência, aí sim, há uma lacuna ainda muito grande de conhecimento." (**E7**, M, 48, reformado) "Outra das barreiras, agora estou-me a lembrar, isto agora vem tudo ao de cima, é nas portas de vidro, em vez de ser daquelas de abrir normalmente, haviam de ser portas automáticas, portas automáticas que desse com sensores e nesses sensores também dizer tipo "A porta está a abrir"." (**E7**, M, 48, reformado) "Eu falo por mim, a questão é, eu tenho 48, só aqui há 10 anos é que eu soube o porquê, pronto, que vejo mal sabia. Mas lá está, isto é uma questão da ciência, mas devia haver mais informação. Por exemplo, eu tenho Síndrome de Usher grau 2, tenho uma pequena noção, mas havia de haver um esclarecimento maior sobre as características da doença porque se não calha eu conseguir entrar em Coimbra, toda essa informação eu não teria. Eu acho que as principais cidades onde existem os grandes núcleos da medicina, em Lisboa, Porto, Coimbra, fora disso existe ainda muito trabalho a fazer, sim." (**E7**, M, 48, reformado) "(…) acesso à ambulância para deslocação a consultas (…). Isso é um serviço que podia ser isento." (**E7**, M, 48, reformado)	Cuidados médicos ao domicílio; fornecer mais informação sobre produtos de apoio; portas de vidro deveriam ser automáticas e ter aviso sonoro; mais informação sobre doenças que estão associadas a algumas deficiências, especialmente fora dos grandes centros; ter transporte garantido quando é necessário percorrer grandes distâncias até aos cuidados de saúde
"Ter em atenção os desnivelamentos das rampas, ter em atenção os WCs em si, às vezes os balcões também não têm a altura própria, deviam estar um pouco mais rebaixados (…) É um bocado essa parte, os desnivelamentos, as casas de banho e as barras estarem colocadas. (…) E os balcões estarem um bocadinho mais para baixo para a gente conseguir ver as pessoas. Por exemplo, nos serviços agora já têm aquela parte, que para mim dá muito jeito, quando vamos a uma consulta, sermos chamados por nomes ou assim, e temos um visor para conseguir ver e não ser só auditivo, porque quando é auditivo para mim, fico na mesma. Tenho que trazer sempre alguém, não é?" (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Rampas com inclinação adequada; casas de banho adaptadas; balcões rebaixados; ecrãs para saber quando é a vez
"(…) Mas se calhar quando se organiza os serviços, se calhar os serviços de, por exemplo, medicina física, neurologia, esses serviços onde vão mais pessoas com incapacidade, estarem mais perto da entrada para as pessoas não terem que percorrer distâncias tão grandes. Eu sei que depois tem lá cadeiras de rodas se alguém precisar para pôr, mas normalmente as cadeiras de rodas também não funcionam, estão todas estragadas, maltratadas e essas coisas assim também." (**E9**, F, 59, reformada)	Menores distâncias dentro do hospital até aos serviços; rampas; espaço dentro do centro de

"Olhe no centro de saúde onde eu vou, agora a primeira coisa seria logo a entrada. Eu ainda não estou a entrar no centro de saúde e tem uma calçada que não é rampa. (…) Isso era a primeira coisa que deveria ser logo modificada, porque eu também venho a pé. Se vier uma cadeira de rodas, se vier a pessoa sozinha na cadeira de rodas tem alguma dificuldade em ir de cadeira de rodas. Aquilo é difícil empurrar que não desliza ali pronto e se vier alguém também a empurrar a cadeira de rodas também tem que fazer um bocado de força para aquilo ir. Depois ali o centro de saúde também, por exemplo, a parte quando vamos para os gabinetes dos médicos e de enfermagem são muito estreitinhos, ali quase nós para passarmos se vier outra pessoa, uma tem que se encostar para a outra passar. Portanto, agora imagine uma cadeira de rodas, um andarilho. Portanto, ali o modificar seria em termos de espaço. Portanto, os corredores são espaçosos, mas depois, em termos dos gabinetes médicos e de enfermagem deveria ser muito mais espaçoso para poder circular os utentes." (**E9**, F, 59, reformada)	saúde; marquesas elétricas e cadeiras apropriadas
"Nós chegávamos ao hospital e éramos atendidos. (…) Do que tenho ouvido o sistema de saúde está muito pior. Pronto e acho que também as condições que estão a dar aos profissionais não… São quem nos suporta a vida quando estamos a partir, a gente tem estima por eles." (**E10**, M, 80, reformado)	Menor tempo de espera e melhores condições para os profissionais
"Nessa parte dos quadros magnéticos e em relação à minha deficiência visual, pronto, acho que as coisas deviam estar mais adaptadas às pessoas com problemas de visão pronto. Acho que nessa parte, se não é alguém que nos ajuda ou assim acabamos por depois não conseguir ir onde queremos por causa desse limite que há." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Ecrãs para saber quando é chamada e é a sua vez
"(…) o centro de saúde podia ter também algum tipo de aparelho por cima de cada porta de um médico de família em específico. Não digo para ter o nome da pessoa, não, porque estamos a falar da privacidade da pessoa, mas, por exemplo, por números, haver um número, por exemplo, como o McDonalds, o McDonalds tem números, nós tiramos uma senha e há um número e nós sabemos quando é que nós podemos ir buscar o nosso comer. Neste caso, no centro de saúde, também poderia ter a mesma situação. E os hospitais também podia ter um sistema idêntico, por exemplo, um ecrã em que visualmente nós conseguíssemos saber quando nos estão a chamar, quando é a nossa vez. Por exemplo, isto agora uma ideia que me surgiu, por exemplo os ouvintes é fácil porque conseguem ouvir pelo microfone, mas, por exemplo, há uns ecrãs que os hospitais têm e podiam ter, por exemplo, um sinal luminoso, por exemplo, vermelho, verde, amarelo, sei lá. Algo específico direcionado para as pessoas surdas, quando estão a chamar uma pessoa surda, não sei, isto é uma ideia. Em vez de ter, por exemplo, o nome ou o número da pessoa, ter um sinal luminoso, por exemplo, isto é uma ideia." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa) "(…) chamou-me um pouco à atenção nos hospitais, porque há falta de intérpretes tanto na Guarda como em Castelo Branco, não é fácil, mas tenho estado a batalhar a ver se conseguimos. Para já os diretores dos hospitais não estão ainda sensibilizados para isso. É triste, mas ainda não estão. Era bom que fosse como a França, que todos os hospitais	Ecrãs para saber quando é chamada e é a sua vez; sinais luminosos nas portas dos gabinetes para que a pessoa saiba quando pode entrar; mais intérpretes de LGP

têm intérprete de língua gestual, mas em Portugal ainda não existe." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	
"Eu não peço uma intérprete presente, mas uma videochamada. (…) Haver um sistema, uma base de intérpretes, uma central em que houvesse intérpretes e que pudesse através de videochamada fazer este contacto, através do centro de saúde e dos hospitais. Os próprios médicos, quando tivessem um surdo fizessem este tipo de contato, tivessem isto, é uma coisa que é simples. Claro que presencialmente seria o melhor, mas se for por videochamada, vamos imaginar que uma marcação por um médico de família, é uma marcação, eles já sabem, é só pedir o intérprete. Nos hospitais, haver uma central pronto, porque quer dizer, há surdos que há coisas que eles não conseguem comunicar e os médicos precisam de saber o que é que a pessoa tem e através da mímica ou através da escrita às vezes é complicado perceber. Se for por videochamada com uma intérprete é mais fácil perceber-se quais são os sintomas, o que é que dói, o que é que não dói, o que é que aconteceu, o que é que não aconteceu e existindo estas tecnologias é aproveitar para que haja esta acessibilidade, haja esta ponte, porque senão o médico não consegue perceber." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Mais intérpretes de LGP
"Então, em primeiro lugar, eu acho que se deveria pensar sempre numa perspetiva de qualquer pessoa com mobilidade condicionada, com algum tipo de deficiência, pode querer vir sozinha a um serviço de saúde e isso ia logo mudar imensa coisa, porque as pessoas assumem sempre que nós vamos acompanhados. Portanto, ia começar, por exemplo, no meu hospital, agilizar de alguma forma que pessoas com dístico de estacionamento que fossem sozinhas pudessem estacionar dentro do hospital e se calhar isso até é possível, mas não é informado cá para fora, portanto, ninguém sabe dessa informação, portanto, eu acho que trabalhar aqui na informação de acessibilidade para o externo, para o público externo, e fazer com que a pessoa consiga, ou seja, fazer-se mesmo o trajeto com alguém de mobilidade condicionada para perceber se aquela pessoa se consegue safar sozinha ou não. Até porque eu por acaso tenho uma rede de apoio muito grande, mas há pessoas que não têm redes de apoio e que muitas vezes estão dependentes, por exemplo, de bombeiros, de ambulâncias porque não têm outra forma de ir a estes serviços de saúde e que, se calhar, se pudessem, se tivessem acessibilidade para ir sozinhos também o iriam. Portanto, eu acho que esta parte é mesmo muito importante. Depois mudar obviamente a acessibilidade física, se for o caso de as imediações não serem acessíveis. (…) E depois, claro, todos os equipamentos de diagnóstico e de exames poderiam ser revistos para ver como é que se poderiam tornar mais acessíveis também." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Pessoas com dístico terem estacionamento garantido; espaços acessíveis incluindo as imediações e fazer os trajetos com pessoas com mobilidade condicionada para perceber se os mesmos são acessíveis; máquinas de exames e equipamentos devem ser acessíveis
"Melhores estacionamentos é a parte principal. Aquela parte, como lhe disse, para ir tratar do atestado, tem que ser por aquela rampa que eu sozinho nem pensar, mesmo assim com uma pessoa para descer aquilo é muito perigoso porque aquilo é muito a pique. Não sei se tu conheces bem aquilo. Se eles têm a parte cá de cima tudo direitinho, na vez de a gente ir lá abaixo, resolviam os problemas cá em cima para nós, porque há outras pessoas que podem ir lá para baixo, para outras especialidades, com mais facilidade do que nós e eles então faziam isso e nós não, ficávamos cá por	Melhorar os estacionamentos e melhorar acessos/ reorganização dos espaços para serem

cima. Era muito mais fácil." (**E15**, M, 63, reformado) "O que se havia de mudar nos hospitais ou no centro de saúde, tu marcas a consulta, eu, como deficiente, diz-se que temos prioridades em muitas coisas, mas neste caso não temos prioridade nenhuma. Temos que esperar tal e qual como os outros todos têm que esperar, tanto faz estar bem como estar mal, temos que esperar aquilo que for necessário. Nesse caso não temos prioridades. Nós somos atendidos tal e qual como os outros onde nós devíamos ter esse sistema porque uma pessoa está sentada numa cadeira de rodas durante 7 ou 8 ou 10 ou 12 hora, se a gente não for descansar e aí uma pessoa estar ali dentro de um hospital ali à espera tantas horas. Há pessoas graves, não é? Têm que ser atendidas mais rapidamente, mas quando não há pessoas graves, nós devíamos ter prioridade sobre esse sistema de saúde, enquanto nós não temos. Nós não temos prioridade nenhuma nisso." (**E15**, M, 63, reformado)	mais acessíveis; Pessoas com deficiência deviam ter prioridade no atendimento
"Na acessibilidade, por exemplo, para nos chamarem, haver, por exemplo, um ecrã, porque é mais visual e nós também conseguimos perceber quando nos chamam. Isso sim, isso era acessível." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Ecrãs para saber quando é chamada e é a sua vez
"Os cuidados de saúde deviam ter uma componente muito mais humanística e social do que têm atualmente. Atualmente, quem quer ser médico, basta ter notas altas para tirar o curso. A vocação e a aptidão para lidar com pessoas não são tidas em conta e são os fatores mais menosprezados quando se decide envergar por esta profissão. É necessária uma mudança de paradigma radical. Passar o foco da doença/saúde, para a pessoa e a sua respetiva qualidade de vida, no seu meio ambiente. Está comprovado pela OMS que as doenças crónicas vão aumentar e vão fazer parte da vida da maioria das pessoas. Um profissional de saúde não serve a doença, serve a pessoa. O impacto desta mudança é astronómico. É preciso que os médicos tenham mais contacto no terreno com as comunidades, fora dos hospitais. O contexto hospitalar é um meio controlado, enquanto a vida das pessoas não é. Há muitos fatores externos a considerar, que influenciam as respostas às soluções dadas. Se o peso destes fatores for desproporcionalmente inferior ao peso dos fatores anatómicos-biológicos, os cuidados de saúde serão sempre deficientes." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Passar do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial
Ligação à teoria: Modelo biomédico vs Modelo biopsicossocial (excerto de E17) "O modelo médico (ou biomédico) vê a deficiência como uma falha, uma disfunção que deve ser tratada, um defeito que deve ser corrigido, sendo um problema individual (3,9)." "Esta perspetiva remete para uma conceção individualizada, medicalizada e despolitizada da deficiência (13)." "Este modelo, ao abordar apenas superficialmente fatores sociais e culturais, contribui para que sejam perpetuadas as barreiras físicas, psicológicas e atitudinais que levam à exclusão social, ao reforçar a visão das pessoas com deficiência como inaptas e dependentes, deixando-as numa situação de vulnerabilidade e aumentando o risco de sofrerem abusos e violência (3)." "O modelo biopsicossocial tenta combinar o modelo social e o modelo médico, aceitando como agentes que influenciam o estigma, as incapacidades e fatores societais. Este modelo tem assim uma visão mais integrada da pessoa como um todo, propondo que algumas deficiências devem ser abordadas de um ponto de vista médico, mas sem esquecer o papel que a sociedade tem na perpetuação da discriminação em relação às pessoas com deficiência e realçando as oportunidades que existem para transformar a sociedade atual numa mais	

inclusiva (3,16).”	
3. Relação com profissionais de saúde	
Excertos das entrevistas	**Notas**
“Ao hospital público vou, mas sinceramente eu detesto ir a hospitais públicos e a privados também, porque tu nunca tens a certeza de como é que os médicos te vão atender. A Oftalmologia de Coimbra em termos de atendimento de pessoas com deficiência, posso dizer que há lá muita gente muito despreparada. Muito despreparada.” (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais) “(…) os médicos não têm, na sua generalidade e por aquilo que a gente consegue ver, não têm qualquer tipo de formação. Mesmo os oftalmologistas não têm nenhuma preparação para lidar com pessoas com deficiência. São muitas vezes desrespeitosos. Uma pessoa mesmo mal, mesmo doente, tem que estar a chamar a atenção, do tipo “Olha, o paciente sou eu, não é o meu pai, não é a minha mãe, sou eu” e muitas vezes aquilo que as pessoas fazem quando o podem fazer, porque há muita gente que não o pode fazer, vamos sozinhos, vamos desacompanhados porque é a única maneira de as pessoas nos ouvirem.” (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais) “(…) fui a Coimbra, ao Oftalmologista e eu estou sentada na cadeira e eu detesto que me toquem, eu detesto que homens que eu não conheço me toquem, detesto, não consigo lidar que me toquem sem pedir autorização. Pedindo, não me sinto confortável, mas tolero. Eu estou sentada naquelas cadeiras, encostada com a cabeça para trás e o gajo chega-se ao pé de mim e vem assim com o dedo para me tirar a prótese do sítio. Apanho um susto e seguro-lhe a mão e digo “Mas o que é que está a fazer?”. Ele responde “Estou a tirar a prótese.”. “Então, mas peça, diga aquilo que vai fazer”.” (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Má relação com os profissionais de saúde; já se sentiu tratada de forma diferente; profissionais não estão preparados para lidar com pessoas com deficiência, não têm formação nem têm respeito
“(…) ela tinha tendência sempre, sempre, sempre em apontar com o dedo “Não é para aqui que pode vir. Tu aqui não podes vir.” quando ela não tinha autoridade nenhuma ali. Até ao dia em que ela fez de mim uma criança, foi queixar-se à minha sala e ainda por cima disse “Ainda bem que está aqui a tua terapeuta que é para ela ouvir”. Uma coisa que não devia ter feito. (…) Foi a única pessoa dos serviços de saúde que realmente me fez levantar o cabelo e pela qual eu me senti um bocado maltratado.” (**E2**, M, 49, gerente)	Situação que aconteceu com uma assistente operacional num hospital; infantilização
E3	Nunca sentiu que foi tratado de forma diferente por causa da deficiência
E4	Nada
“Não, não, nunca. Pelo contrário. Não, isso não, não mesmo.” (**E5**, M, 59, telefonista)	Nunca sentiu que foi tratado de forma

"há uma ou outra situação pontual, quer dizer, uma vez no centro de saúde de São Domingos de Rana, uma médica, quer dizer, fui lá pedir um atestado por causa de um seguro de um empréstimo e a Senhora parecia que estava a falar com um … sei lá. Aquilo tinha umas escadas efetivamente, mas a médica, como médica, devia ter alguma sensibilidade, um gajo não era coxo, era cego e tinha a limitação da visão, mas daí a quase agarrar um gajo ao colo para o colocar na rua e pedir à enfermeira para me agarrar." (**E5**, M, 59, telefonista)	diferente por causa da deficiência; infantilização
"(…) nós sentimos um bocadinho, que para além da deficiência que temos, parece que temos outras e isso incomoda francamente. Não gosto de me sentir assim e normalmente eu reajo, não de forma agressiva, mas obviamente chamar a atenção às pessoas para que de facto isso não se faça. Nomeadamente, por exemplo, falam alto demais. Nós somos cegos e normalmente ouvimos bem e as pessoas acham que nós precisamos que nos falem mais alto ou às vezes, o pior, ainda parece que além da cegueira temos alguma dificuldade cognitiva, ou o que seja. Somos assim um bocadinho tratados como se tivéssemos défice cognitivo e isso também incomoda bastante." (**E6**, M, 60, professor)	Já se sentiu tratado de forma diferente; infantilização
"Eu acho que existe já alguma sensibilização, existe uma maior atenção entre as pessoas com deficiência e as pessoas ditas normais, mas para melhor, não para pior. Assim uma situação que me lembre, não tenho." (**E7**, M, 48, reformado)	Nunca sentiu que foi tratado de forma diferente por causa da deficiência
"Sim, sem qualquer dúvida. Atualmente, isso está um bocadinho mais ultrapassado, mas aqui há uns anos atrás, sim." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Já sentiu que foi tratada diferente
"Que já fui maltratada, já. Agora pelo facto de ser pela minha deficiência, acho que não. Agora pelo facto de estar numa situação mais frágil isso poderia ter levado a que me tratassem também de uma forma menos correta, mas eu também sou o tipo de pessoa que se alguma coisa correr menos bem, eu não me calo, eu respondo, eu reclamo. Pronto, não é? Mas não, eu acho que pelo menos nunca senti que fosse pelo facto de eu estar numa situação de incapacidade. Eu acho que se calhar se não estivesse numa situação de incapacidade teria acontecido na mesma. Pronto agora por profissionais de saúde não. Já fui tratada mal pelo facto de estar incapaz e de pedir prioridade, por ter prioridade e pedir, isso já fui muito maltratada. Agora por profissionais de saúde acho que não. Pelo menos não me lembro." (**E9**, F, 59, reformada) "Relativamente aos auxiliares, neste caso era aos auxiliares lá da parte da enfermaria e aos enfermeiros, o nós sentirmo-nos dependentes e não sentirmos confiança nem segurança naquelas pessoas e sentirmos que ali nós não podíamos sair para lado nenhum, eu não podia sair para lado nenhum, não podia fugir porque eu não era uma pessoa deficiente antes. Uma coisa é uma pessoa que nasce com deficiência, que a condição dela foi sempre aquela, e de repente eu fico ali e eu não podia sair de lá. Eu estava dependente daquelas pessoas, porque à noite os meus fisioterapeutas iam embora para casa, não estavam de noite, e ficava com os enfermeiros e com os auxiliares. E os enfermeiros uns eram impecáveis, outros não. Aquela dependência de alguém em quem nós não confiamos é uma sensação terrível para quem está dependente. Nos serviços de saúde essa sensação é uma coisa que eu acho que devia	Nunca sentiu que foi tratada de forma diferente por causa da deficiência Em caso de internamento, a sensação de dependência

ser muito bem pensada e os próprios profissionais deviam saber disso, deviam falar com os doentes para saberem o que é isso, porque, por exemplo, em Coimbra eu nunca senti isso. Em Coimbra eu nunca senti que estivesse abandonada, o que eu precisasse estava lá, eu tocava a campainha e estava lá sempre alguém nem que fosse para falar, qualquer coisa estava lá. No Curry Cabral eu nem sequer tinha campainha, que foi uma coisa terrível, tiraram as campainhas da enfermaria. Para uma pessoa que está pendente é uma coisa terrível. Eu acho que é uma questão também: a dependência de quem está doente num hospital. (…) É horrível aquela dependência, ou seja, a confiança, é muito importante passarmos a confiança ao doente, sabermos que o doente pode confiar em nós, seja para o que for, mesmo que não seja para nada. Pronto, acho que isso é importante, mais que se calhar uma barreira arquitetónica, isso é a grande barreira para quem está dependente de alguém. É isso, é nós não termos confiança e sabermos que estamos ali, é uma prisão. É quase como se estivéssemos presos e sabemos que não podemos fugir para lado nenhum. É horrível, é uma sensação quase de abano. (…) Eu de manhã perguntava logo quem é que ia fazer a noite que era para saber se estava bem ou se não estava bem. Foi terrível. Isto é só um aparte da minha experiência." (**E9**, F, 59, reformada)	
"Eu já tenho uns anitos, de modo que as coisas eram todas muito diferentes. Agora não." (**E10**, M, 80, reformado)	Já foi tratado de forma diferente, mas acha que atualmente os profissionais de saúde são melhores
"Não, penso que não. Pronto, normal." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Nunca sentiu que foi tratada de forma diferente por causa da deficiência
"Já, já senti, e foi horrível, não gostei. Eu estava, já não sei, acho que foi da Beatriz, a mais velha, em que eu estava grávida. Eu fui ao hospital e um doutor que me mandou deitar, ele estava a falar, eu não percebi nada do que ele estava a falar e eu perguntei "O quê, o quê?", o homem começou a gritar comigo, foi horrível e eu não consegui responder, eu só dizia "Sim" e "Não", não sabia o que é que me estava a perguntar, eu não gostei desse dia. Ele berrava comigo, eu fiquei assim um bocado amedrontada, não é? Não gostei, não foi propriamente uma boa experiência e eu estava grávida da Beatriz, da mais velha." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Já foi tratada de forma diferente
"É assim, no hospital eu até fui sozinha. O meu marido ele é ouvinte, mas nesse dia eu fui sozinha e eu sei que depois pedi para ligarem ao meu marido. O meu marido não podia estar comigo. Estiveram a falar com o meu marido por telemóvel, explicaram. Da outra vez, o médico não aceitou falar com o meu marido via telefone, ou seja, foi sempre pela escrita, o problema é que eu não domino o português, há palavras que eu não sei o que são, o meu marido já consegue. Há outros médicos que até tentam fazer uma mímica, há outros que escrevem. O meu médico de família,	Já foi tratada de forma diferente; médicos que não têm em atenção a comunicação com a

pronto, este daqui de Castelo Branco até tem sensibilidade, vai escrevendo. É assim, ele não sabe língua gestual, mas através de uma mímica e pela escrita a gente vai-se tentando perceber. Claro que há aqui falta de língua gestual, mas não censuro, é normal. Gostava que este médico, se realmente for o meu médico de família, será muito bom e nós aos poucos vamos conseguindo, comunicando. O problema é se vamos andar aqui sempre a mudar o médico de família e é sempre a mesma barreira. Não é a dizer que sou surda, que isto e que aquilo. Às vezes há médicos que aceitam falar pelo telemóvel, há outros que não aceitam e para mim pronto, é complicado, tem que ser pela escrita, não há outra maneira de comunicar." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "É assim, os enfermeiros trataram-me sempre muito bem, os médicos é mais passar papel. Os enfermeiros não, têm mais contacto, são mais carinhosos, são mais calmos, mais conservadores, são mais ali atenciosos. Os médicos é diferente. (…) Mas os enfermeiros são os que nos tratam melhor. (…) No geral, os enfermeiros esforçam-se, fazem mímica, tentam até aprender, querem saber, fazem perguntas, como é que se fala em língua gestual. Há médicos que não, têm assim uma expressão mais sisuda, não são tão simpáticos, mas há enfermeiros também não são de todo simpáticos. Também há enfermeiros e enfermeiros, claro." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Sei que às vezes não têm tanta paciência para as pessoas com deficiência. Eu também estou dentro desse grupo, não é? Acho que não têm muita paciência, dizem "Espere, espere, espere" e eu tenho que estar ali à espera. Acho que sofremos um bocadinho pela deficiência, de termos de estar à espera. Às vezes dizem que está tudo bem, mas não está, estão ali a conversar, nós não percebemos, não sei. Não sei se às vezes existe discriminação, se não existe, se tem a ver com o trabalho, se é o cansaço, que sei que sim, que é muito cansativo, mas não sei, não consigo ainda ter uma perceção, uma conclusão." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	pessoa surda, melhor com o médico de família; melhor relação com enfermeiros; profissionais têm pouca paciência para as pessoas com deficiência
"Olha só senti na minha reabilitação quando estive no CRN. Entretanto, percebi que aconteceu porque a médica que estava dedicada a essa área estava de licença de maternidade, mas quer dizer, foi o que eu disse, estes assuntos não podem estar pendentes de uma pessoa e sei que hoje em dia as coisas estão bastante diferentes lá, felizmente, mas na altura que eu estive internada, ninguém abordou comigo a temática da sexualidade, por exemplo, e eu sei que não fui a única, ou seja, que outras pessoas também com deficiência até noutros centros de reabilitação e noutros hospitais, não foi abordado com elas a reabilitação sexual, que é super importante, tal como a reabilitação física. Eu acho que isto vem do lugar, na altura, no meu caso, acho que veio de um lugar de eu tinha uma relação, o meu namorado ia-me visitar várias vezes, a minha família também, portanto, houve quase um assumir que estaria resolvido, e, portanto, eu acho que foi assim um tratamento que eu senti "Ok se isto fosse em qualquer outro tipo de contexto provavelmente ter-me-iam abordado este tema", ou não, porque também há muitos estigmas com a sexualidade em outras áreas, mas acho que foi assim a única altura em que eu me senti tratada de forma diferente num contexto de profissionais de saúde." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Teve uma situação em que sentiu que foi tratada de forma diferente; tema da sexualidade não é abordado
"Não, não. Felizmente não. Nunca fui diferente sobre isso." (**E15**, M, 63, reformado)	Nunca sentiu que foi

	tratado de forma diferente por causa da deficiência
"Já, já, porque é assim, eles resumem. Eu gostava às vezes perguntar mais, saber mais, eles dizem "Sim, sim" ou "Só um bocadinho". Alguns não têm paciência para escrever. Eu às vezes eu sei que estou doente e tenho alguma coisa e queria saber mais informações, eles dizem muito resumido, ou seja, o básico. Muitos também não têm muita paciência. Às vezes eu peço para escrever, eles disseram "Está ótimo" e eu às vezes até pergunto mais e dizem "Ah não te preocupes", ou seja, eles também não querem escrever muito. Por exemplo, até mesmo a nível da medicação, eu gostava de saber porque é que tenho que tomar aquela medicação, para o que é especificamente. Eles não explicam, é tudo a despachar, é complicado. Eu gostava que me explicassem mais a fundo o porque é que aconteceu aquilo, mas não, eles resumem e eles despacham-nos." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Já foi tratada de forma diferente; profissionais têm pouca paciência para as pessoas com deficiência
"Pouco tempo depois de ter passado para o serviço de adultos da pneumologia, a médica chamou a minha mãe à parte para lhe perguntar se eu era virgem, e se a minha mãe tinha a certeza, pois já tinha tido um caso de outra rapariga, numa situação semelhante à minha, que se julgava ainda não ter iniciado a sua vida sexual e "de repente" apareceu grávida e foi "o cabo dos trabalhos". Escusado será dizer o quão menosprezada e ofendida me senti quando a minha mãe me contou este episódio. Uma outra situação, foi com um médico cardiologista — eu estava com receio de estar com arritmia, pois sentia taquicardia, e, como tal, marquei consulta. Durante a consulta, eu queria escrutinar ao máximo tudo o que fosse possível. No entanto, o médico ao ler um dos meus exames, fez várias expressões faciais como se os exames pudessem indicar alguma coisa (ou não fossem claros), mas que ele não queria dar atenção. Inclusive, comentou em voz alta algo do género "bom, já basta o que basta, não é? não vamos esta aqui a arranjar mais coisas". Não me lembro exatamente se a última frase dizia precisamente isto, mas tenho a certeza de que foi, mesmo, dito "já basta o que basta". Para mim, foi super alarmante um médico fazer este comentário, como se eu, por já ter vários problemas de saúde e ter uma deficiência, não tivesse direito ao mesmo grau de rigor durante o diagnóstico, para evitar "arranjar mais problemas". É algo que sinto com muita frequência — se eu não insistir, as coisas passam ao lado e são ignoradas. Como se a existência de um problema primeiro tivesse de passar pelo julgamento pseudomoral de um médico, quanto à sua legitimidade em ser diagnosticado ou não. Por último, foi com o meu gastroenterologista, que de nada sabe sobre mim, nem tão pouco quer saber. Durante as consultas, nunca se dirige a mim, fala sempre com os meus pais, mesmo quando estes tentam remeter a conversa diretamente para mim, ou quando eu mesma me coloco à sua frente. Recusa-se a fazer contacto visual comigo. Ficou completamente surpreendido quando soube que eu trabalhava. Os exemplos capacitistas são infinitos para estar aqui a enumerar." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente) "Sim. Várias. Como disse há pouco, há muito capacitismo, paternalismo e condescendência à volta do tratamento das pessoas com deficiência. Somos mais facilmente menosprezados e menos ouvidos do que as outras pessoas. Pessoalmente, sinto inclusive um certo descuido nos tratamentos, como se o tratamento a uma pessoa que será sempre	Exemplos de capacitismo por parte de profissionais de saúde Já foi tratada de forma diferente (devido ao modelo biomédico)

"doente" não tenha o mesmo valor do que um tratamento realizado numa pessoa sem deficiência que tenha mais perspetivas de ficar "curada". Porque, lá está, o foco está na saúde/doença e não na pessoa." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	
Ligação à teoria: "Pessoas com deficiência existem desde sempre, a forma como a deficiência é vista é que vai mudando ao longo do tempo e varia também com a cultura. A forma como as pessoas com deficiência têm sido representadas desde sempre influencia a forma como ainda hoje se olha para esta população. É também importante ter em consideração que diferentes tipos de deficiência são vistos de forma distinta (8)." → os profissionais de saúde são também influenciados por estas ideias e têm preconceitos que enquanto não forem desconstruídos vão continuar a refletir-se no atendimento por eles prestado "A infantilização das pessoas com deficiência, especialmente em relação àquelas com deficiências do desenvolvimento e deficiência intelectual, leva a que a comunicação seja feita de forma condescendente e a que se atribuam menos responsabilidades e direitos (8)." → exemplos nos excertos de E2, E5, E6 "(...) acontece com muita frequência os profissionais de saúde, ao assumirem que a pessoa não vai entender ou então por esquecimento ou desconhecimento da existência de deficiências que complicam a comunicação, não transmitirem informações importantes ou não explicarem as instruções sobre os procedimentos que vão ser realizados. Isto não acontece apenas com médicos e enfermeiros dentro dos consultórios e nas alas de internamento, mas também sucede quando a pessoa tem de marcar uma consulta ou um exame e quando aguarda numa sala de espera. É importante não esquecer as consequências que estas barreiras atitudinais e de comunicação têm nos resultados em saúde (25)." → exemplo no excerto de E16	
3.1. Especificidades das pessoas com deficiência no atendimento pelos profissionais de saúde	
Excertos das entrevistas	**Notas**
"Se calhar quase nada. Quase nada ainda estou a ser generosa, não é? Porque não dá. É assim, as pessoas normalmente veem uma pessoa com deficiência, parece que veem um bicho. As pessoas não sabem lidar. E como não sabem lidar, como ficam muito ... muito embaraçadas, para não dizer outra coisa, ficam muito constrangidas e muito coiso, não sabem que têm uma pessoa à frente. As pessoas veem um glaucoma que anda e que fala, não é uma pessoa. E como não é uma pessoa nada para além do glaucoma conta." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Especificidades não são tidas em conta; Visão biomédica da deficiência
"Eu acho que até aqui sempre tiveram em conta as minhas dificuldades. Eu acho que quanto a isso não me posso queixar." (**E2**, M, 49, gerente)	Especificidades são tidas em conta
"Lá está a gente não vê caras, mas em princípio, eu pelo menos aquilo que tenho notado tem sido um atendimento normal, pelo menos até agora, não quer dizer que não venha a ter alguns dissabores para o futuro, mas neste momento normalíssimo. Não tenho assim nada de especial para dizer também sobre essa situação." (**E3**, M, 53, desempregado)	Especificidades são tidas em conta
"Obviamente todos nós temos o bom senso, não é? Portanto, os profissionais de saúde têm esse bom senso ou deveriam ter (a grande maioria) esse bom senso mais apurado, não é? Portanto, eu diria que sim, que tentam adequar, depois, desde não seja um mau técnico, acabam sempre por ajudar, de certa forma." (**E4**, M, 38, engenheiro)	Especificidades são tidas em conta
"Eu falo por mim. A meu respeito, não tenho nada a dizer, pronto. (...) por mim, não tenho nada, rigorosamente nada, e até adaptam-se facilmente e não há grandes barreiras também. Nunca fui para lá sem me poder expressar, está a ver,	Especificidades são tidas em conta

por isso ajuda, ajuda muito." (**E5**, M, 59, telefonista)	
"(…) situações graves no sentido de as pessoas serem tratadas, isso nunca, de forma que me passasse pela cabeça ir fazer uma reclamação, não é tanto aí. Mas acho que o corpo clínico, designadamente o corpo médico e não propriamente os técnicos de diagnóstico complementar ou o corpo de enfermagem, aí eu não me lembro de ter qualquer constrangimento nesse sentido, mas o corpo médico, vamos dizer assim, peço desculpa, às vezes é preciso colocá-los no sítio, colocar as pessoas no sítio." (**E6**, M, 60, professor)	Especificidades não são tidas em conta pela classe médica, mas por outros profissionais de saúde sim
"Comigo sim. Eu agora vou-lhe dar um exemplo. Nesse dia em que fui às urgências, por exemplo, quem olha para mim não diz que que eu só vejo 10%, certo? A enfermeira vira-se "Tome o copo e vá à casa de banho fazer xixi para fazermos análises" e fiquei a anhar, porquê? Porque primeiro onde é que está a casa de banho? Por exemplo, eu ia sem óculos e se já não vejo muito bem com óculos, sem óculos ainda era pior. Depois eu tive que dizer "Olhe, eu sou invisual e preciso de ajuda", mas a partir daí as pessoas sensibilizam-se e tentam dar o melhor que podem, não é?" (**E7**, M, 48, reformado)	Especificidades são tidas em conta
"Alguns sim, alguns adaptam e têm atenção. Outros não, deixam passar ou ignoram e tratam de qualquer forma." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Depende dos profissionais
"Cada caso é um caso (…), depende da formação das pessoas e depende com quem calhamos, da sensibilidade das pessoas, primeiro de sensibilidade e do que as pessoas são mesmo antes de serem profissionais como pessoas, depois da formação que elas tiveram, porque eu também acho que ninguém nasce ensinado e há coisas que nós podemos dizer e quando nos ensinam, quando se faz a formação, há coisas que devemos alertar e às vezes uma pequena coisinha pode fazer a diferença toda, porque se as pessoas não passam por essa situação, também não têm sensibilidade para perceber o que quem está do lado de cá sente. E às vezes o nós dizermos é muito importante, são pequenas coisas e acho que isso faz a diferença e eu acho que deveria haver mais formação, mais sensibilização de quem trabalha relativamente às pessoas com deficiência (…). Mas isso eu acho que é uma coisa que tem que se investir muito ainda. Porque depois às vezes isto também tem aqui outra coisa, isto é um pau de 2 bicos como se pode dizer às vezes. (…) Uma coisa é tratarem-me bem, outra coisa é quererem fazer por nós e às vezes os profissionais querem ajudar, querem tratar bem, mas exageram e fazem e às vezes é difícil perceberem. Quando não se tem formação ou não se está sensibilizado para isso é difícil saber onde é que se põem, se é no ponto de ajudar, se é no ponto de facilitar, porque depois há pessoas que não aceitam a ajuda que também não é fácil para quem está do lado do profissional e é isso que eu acho que falta nos profissionais, entre aspas. Falta porque ninguém nasce ensinado é a tal coisa." (**E9**, F, 59, reformada)	Depende dos profissionais
E10	Especificidades são tidas em conta (profissionais tentam adaptar-se à

	pessoa)
"Os profissionais de saúde aderem bem ao tipo de deficiência que a gente tem, na questão de ajudarem na parte de qualquer pergunta ou assim que a gente faça e assim, ou na parte motora de nos ajudar a ir para qualquer lado ou assim, eles são sensíveis a isso." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Especificidades são tidas em conta
"É assim, eu quando entro nos hospitais ou no centro de saúde eu não digo que sou surda. Não, não tenho por hábito de o fazer, mas já tive situações se, por exemplo, um médico ou enfermeiro consegue perceber que eu não estou a entender, por exemplo, eu digo assim "Desculpe, não estou a perceber" depois a um dado momento, eu digo "Olhe, peço desculpa, mas eu sou surda" e noto que realmente eles mudam um bocadinho a forma de falar, falam mais calmamente, mais pausadamente, sim. Se eu digo, sim." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Especificidades são tidas em conta (profissionais tentam adaptar-se à pessoa)
"É assim, existe médicos que estão a olhar para mim, não tentam perceber o que é que eu estou a dizer, então tento através da escrita comunicar. Há outros que desistem, há outros que não querem saber e muitas vezes eu tento ali adaptar-me a eles, não são eles que se adaptam a mim, sou eu que tenho que me adaptar a eles para eles me perceberem, pronto e tento através da escrita resolver. Através da mímica, alguns até sim, aceitam e eu fico mais aliviada, porque para mim é mais fácil quando isso acontece. Agora, há outros que não, nem pela mímica, tenho que escrever e são ali uma cara rígida, muito frios e eu tento-me ali adaptar de outras formas para que eles me entendam e é difícil, sim. Às vezes, quando me dói alguma coisa, há coisas que eu não sei escrever, não sei qual é o termo técnico específico. Eu digo ao meu marido, o meu marido é que tem que dizer porque eu não sei a palavra em si, não sei o termo técnico. Aquilo que eu sei, vou escrevendo. Às vezes, os médicos escrevem e eu não consigo perceber a letra e há médicos que sim, que aceitam e escrevem outras palavras, outros sinónimos para eu perceber, há outros que não. É assim, a acessibilidade a 100% não existe, não há milagres." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Depende dos profissionais
"(...) eu acho que há muitos profissionais de saúde e eu, por exemplo, estou na área da nutrição e vejo muitas vezes colegas a fazer isto, muitos profissionais de saúde, regem-se única e exclusivamente pela teoria, não olhando para a pessoa que têm à sua frente, e nós, como seres humanos, somos todos muito diferentes e as pessoas com deficiência também. Portanto, acho que há muito a tendência de "Ah, eu atendi 5 pessoas com deficiência motora, paraplégicos que utilizam cadeira de rodas manual e que têm bexiga neurogénica, portanto, vou atendê-los todos da mesma forma" e esquecem-se que são 5 pessoas diferentes. Eu acho que a nossa deficiência aparece sempre antes da pessoa e, portanto, eu acho que eu não sinto isto muito no meu dia a dia enquanto utente, mas sei de muitas histórias de efetivamente haver um tratamento quase padronizado, no mau sentido, para diferentes pessoas com deficiência, sendo que a deficiência pode ser a mesma, mas as pessoas são totalmente diferentes, portanto, é absolutamente essencial que os profissionais de saúde cada vez mais olhem para a pessoa na sua especificidade e não para a deficiência na teoria, digamos assim." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Especificidades não são tidas em conta; Tratamento padronizado que não tem em conta as diferenças entre as pessoas
"Há uns que são melhores, há outros que são piores. Sabes que nós temos bom e mau, infelizmente neste país é assim. Temos bom atendimento e temos outros que são mau atendimento." (**E15**, M, 63, reformado)	Em geral, os profissionais têm em atenção as

	especificidades da pessoa, mas depende do profissional
"Têm pouca sensibilidade. Por exemplo, no centro de saúde o meu médico tem. É assim, não é a 100%, é um bocadinho, ele não é fluente em língua gestual, não. Eu levo muitas vezes um intérprete, mas ele compreende, mas eu gostava que eles realmente tivessem conhecimentos de língua gestual para ser mais fácil a nossa comunicação." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Especificidades não são tidas em conta (têm pouca sensibilidade)
"Na verdade, a palavra deficiência é muito pouco abordada, ou tida em conta, nos cuidados de saúde. Assim que entramos num serviço de saúde, passamos a ser doentes, mesmo quando não o estamos. Existe uma diferença grande entre deficiência, incapacidade e doença. Os modelos sociais atuais da deficiência explicam isso em detalhe. Quanto às nossas especificidades, se elas forem clínicas, são mais valorizadas, já se forem sociais e psicológicas, são mais desvalorizadas." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Especificidades não são tidas em conta (só são valorizadas se forem clínicas)
Ligação à teoria: Visão biomédica da deficiência (excerto E1, E14 e E17): "O modelo médico (ou biomédico) vê a deficiência como uma falha, uma disfunção que deve ser tratada, um defeito que deve ser corrigido, sendo um problema individual. Desta visão resulta a ideia de que as pessoas com deficiência devem depender dos médicos e de outros profissionais de saúde e, em alguns casos, pertencer a instituições de saúde ficando estas pessoas excluídas do resto da sociedade e focando-se no processo em direção à cura. São esses profissionais que definem a dicotomia entre o normal (pessoas sem deficiência) e o anormal (pessoas com deficiência) (3,9). Esta perspetiva remete para uma conceção individualizada, medicalizada e despolitizada da deficiência (13). Este modelo surgiu com o avançar da medicina moderna, o qual veio introduzir novos conceitos que, embora sejam frequentemente confundidos e usados como sinónimos, têm definições próprias (3). A crescente crítica ao modelo médico, nomeadamente pelo facto de considerar os indivíduos como seres passivos no processo saúde/doença, por entender a deficiência como uma desvantagem que impossibilita uma vida independente, por ter uma visão estritamente médica da deficiência (…) (14)." Na maioria das entrevistas as pessoas consideraram que as especificidades são tidas em conta e que grande parte dos profissionais de saúde faz um esforço para se tentar adaptar a casa pessoa, tendo em conta as suas necessidades e as suas dificuldades especificas.	
3.2. Exclusão das conversas e desrespeito pela autonomia e vontade da pessoa com deficiência	
Excertos das entrevistas	**Notas**
"(…) uma coisa é quando tu vais sozinha, as pessoas atendem-te bem porque têm que atender. (…) Agora quando tu vais acompanhada: Ah mas o que é que ela tem? Mas ela tem dores? Mas ela tem isto? Ela tem aquilo? O que é que ela está a tomar? Parece que a pessoa não está ali." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais) "Não, não sou incluída. Por isso é que eu, a partir do momento que eu comecei a tomar decisões sobre a minha saúde, eu vou sozinha a todos os sítios que eu posso ir, mesmo que tenha que levar alguém e às vezes o médico diz "Pode entrar" eu digo "Não, não pode entrar nada. Eu venho sozinha."." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Sente-se excluída das conversas; A sua vontade já foi posta em causa

"Há casos e casos. É verdade que já aconteceu, principalmente pessoas que não me conhecem. Falam aos meus pais em vez de falarem a mim. É verdade que já houve essa tendência, mas quando eles ficam a saber que eu tirei bioquímica e quando eu mostro que conheço as coisas, é verdade que eles tomam outra atitude e olham para mim de outra maneira." (**E2**, M, 49, gerente)	Já teve situações em que se sentiu excluído das conversas, mais por parte de médicos; Nunca teve situações que a sua vontade foi posta em causa
"Isso é sempre igual, quando a conversa começa é para os dois. Não acho que seja mais dirigida ao acompanhante. Isso não." (**E3**, M, 53, desempregado)	Nunca teve situações em que se sentiu excluído nem que a sua vontade foi posta em causa
"Lá está, mais uma vez, depende da pessoa que temos à nossa frente, mas sim, há essa tendência que olhem para a pessoa com deficiência (desculpa me o termo que vou usar porque não é bem aplicado), mas como se fosse deficiente mental e não é, portanto, há pessoas que não têm deficiência mental, não é? E que percebem perfeitamente e que devem falar para elas, mas não, desvia-se sempre o olhar para a pessoa que está ao lado." (**E4**, M, 38, engenheiro)	Sente-se excluído das conversas; A sua vontade já foi posta em causa
"Não, dão-me a mim, qualquer tipo de informação. Tirando a situação quando era miúdo, certamente com os meus pais. Na altura que que diagnosticaram a cegueira e a causa e não sei quê, aí passou um bocado ao lado, não é? Mas a partir daí, a partir do momento em que fui autónomo, tento ser eu a inteirar-me da situação." (**E5**, M, 59, telefonista) "Não, não. Não e até porque também tem a ver um bocado com a maneira de ser e de estar da pessoa. Nunca iria admitir uma coisa dessas." (**E5**, M, 59, telefonista)	Não se sente excluído nem a vontade foi posta em causa
"(…) eu ter que intervir "olhe desculpe, mas quem faz as perguntas sou eu", "a resposta é para mim", "é para mim que tem que dar instruções". Já aconteceu e é uma coisa que fico muito incomodado com essa situação." (**E6**, M, 60, professor) "Eu sinto que sou excluído, mas isso é momentâneo porque eu intervenho de imediato. Portanto, qualquer tentativa nesse aspeto, eu não permito que se faça." (**E6**, M, 60, professor) "Não permito que isso aconteça. Já pode ter havido tentativas, mais ou menos subtis, mas eu não permito que isso aconteça. Não, de todo." (**E6**, M, 60, professor)	Sente-se excluído das conversas; A sua vontade já foi posta em causa

"Eu acho que falam mais para mim do que para o acompanhante." (**E7**, M, 48, reformado)	Não se sente excluído nem a vontade foi posta em causa
"(…) quando ia a uma urgência ou a uma consulta normalmente ia, por exemplo, com a minha mãe ou com o meu marido e diziam, por exemplo, à minha mãe "Então, o que é que se passa com a sua filha?" e eu tipo, "Ei, estou aqui, primeiro eu, depois ela"." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade) "Nem sempre, porque como já referi anteriormente, às vezes somos ignorados, mas também pela minha pouca audição, tinha que levar sempre alguém, porque às vezes a conversa não é possível sem outra pessoa." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade) "Sim, sim. Não sei especificar uma situação, mas normalmente é no serviço de urgência que essas coisas acontecem. (…) Em vez de me perguntarem a mim, perguntam à minha mãe. Por exemplo, tirar sangue eu prefiro que seja num braço e quando eu vou falar às vezes tipo "Ai, eu prefiro que seja neste", nem me deixam acabar (…)." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Já teve situações em que se sentiu excluída das conversas, mais por parte de médicos; A sua vontade já foi posta em causa
"Olhe, eu normalmente não deixo que vão comigo às consultas, já por causa disso. (…) na minha perspetiva, todas as pessoas que estejam bem, que falem, deveriam ter uma primeira parte da consulta elas, sozinhas, e depois a seguir se tivessem necessidade, então entraria outro membro da família, porque às vezes os membros da família tendem a proteger demais. E depois, o médico acaba também por não passar a informação à pessoa e nós acabamos por ser, entre aspas, parece que somos filhos de toda a gente. Nós não somos filhos de toda a gente, somos nós os utentes, somos nós os doentes." (**E9**, F, 59, reformada)	Já teve situações em que se sentiu excluída das conversas; Nunca teve situações em que a sua vontade foi posta em causa
"Isso acontece várias vezes e às vezes é quase inconsciente. E acontece me mais vezes agora, depois que já tenho mais uns aninhos e depois que estive aqui no hospital e fiquei assim um pouco mais abananado. Até parece que envelheci mais anos só naquele mês e já me tem acontecido, sim senhora, mais agora. Quando era mais novo não creio nem me lembro, antes pelo contrário. Talvez não o tenha permitido também, as minhas respostas sejam assim um pouco para obrigar a desviar as coisas. Talvez, não sei." (**E10**, M, 80, reformado)	Já teve situações em que se sentiu excluído das conversas e em que a sua vontade foi posta em causa
"Eu não me lembro assim de nenhuma situação que tenha sido excluída de qualquer conversa, a nível dos profissionais de saúde." (**E11**, F, 42, educadora de infância) "Não. Pronto eu a esse nível nunca fui posta de parte." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Não se sente excluída nem a vontade foi posta em causa

"O Alexandre lá estava a falar, que é o meu filho, depois é que me disse o que é que o doutor estava a dizer, mas como havia máscaras, não consegui perceber, teve que ser mesmo o meu filho a receber a informação e depois ele é que me disse, claro que resumidamente, o que é que estavam a dizer, porque eu não percebi por causa da máscara." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa) "De forma propositada não me apercebi. Alguma situação assim de propositada nunca me apercebi. Acho que não, nunca houve assim nenhum momento de exclusão." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Já se sentiu excluída das conversas por não conseguir ouvir, falam com a pessoa acompanhante, mas não o fazem de forma propositada; Nunca teve situações em que a sua vontade foi posta em causa
"É assim, quando está o meu marido, ele não é intérprete, não é? Estamos lá os dois e claro que o meu marido já sabe o que é que se passa, ele tenta explicar ao médico, o médico diz ao meu marido, depois o meu marido é que me pergunta através da língua gestual, eu depois respondo e o meu marido diz ao médico, ou seja, mas não é uma tradução simultânea, não, ou seja, o médico diz ao meu marido, depois o meu marido diz-me a mim, ou seja, não é ao mesmo tempo que é feita esta conversação, pronto." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Sim, sim, porque é assim eu tenho que ir. Eu até quero ser autónoma e fazer as coisas sozinha, mas é impossível porque eu tenho que estar com alguém para conseguir comunicar. Eu não posso estar 24 horas com o meu marido, eu também sou uma pessoa, tenho autonomia. A única coisa é a língua gestual que é a barreira, mas eu tenho de me adaptar e as pessoas têm de se adaptar a mim." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "É assim, onde eu sinto a falta de autonomia, é mesmo na comunicação, que é o que se sente. Não é propriamente discriminação, é falta de sensibilidade. Nota-se que há pessoas que são sensíveis, outras que não são, não é por discriminação propriamente dita, não. É assim, não sou só eu, não é só uma pessoa, eu também vejo que entre ouvintes também existem problemas, às vezes falta de acessibilidade, mas discriminação não. Discriminação não, não sinto. Sinto é aí falta de sensibilidade, isso sim, sei que às vezes há pessoas que não é por mal, mas sei que existe. Assim uma situação muito grave, não, não me lembro assim de nada muito grave que me tenha afetado. Muito muito grave não." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	A exclusão das conversas e a falta de autonomia devem-se às barreiras e não propriamente aos profissionais de saúde
"Por acaso no contexto de profissionais de saúde e da área da saúde não. Sempre falaram diretamente comigo, mesmo quando estive internada, obviamente que eu não sei se aqui também há um viés porque eu estive em medicina, tinha estudado no Santo António, as pessoas estavam mais ou menos conscientes, eu fiz até ao quarto ano, portanto, tinha muita noção do que me estavam a dizer e as pessoas sabiam disso. Então eu sempre senti que os médicos, os enfermeiros falavam diretamente comigo, tínhamos até conversas com uma linguagem um bocadinho mais científica	Não se sente excluída nem a vontade foi posta em causa

que se calhar até nem tinham com o meu pai, com a minha mãe também, que é médica. Mas sempre senti, não sei se por este viés, acho que isto não acontece com toda a gente e é um facto porque também já ouvi histórias do contrário, mas no caso de profissionais de saúde, sinto que se dirigem sempre a mim e que eu tenho sempre uma palavra de decisão e de opinião sobre as questões da minha vida." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	
"Para já, até ao momento, ainda não. Até ao momento têm falado na minha frente de tudo aquilo que tem acontecido. Felizmente ainda não tive nada." (**E15**, M, 63, reformado)	Não se sente excluído nem a vontade foi posta em causa
"É assim, quando há um ouvinte, os médicos dirigem-se sempre para a pessoa ouvinte, não propriamente para mim, que sou eu que estou doente, não é? É sempre para a pessoa ouvinte, seja intérprete, seja outra pessoa que me esteja a acompanhar, sim." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Já, já. Estou aqui a tentar lembrar-me, mas sim, sim já aconteceu. Sim, muitas vezes eles não querem saber o que é que a gente quer e avançam, não nos querem ouvir, sim." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Já teve situações em que se sentiu excluída das conversas e em que a sua vontade foi posta em causa
"Nem sempre, não. Há muita tendência em conversar-se com quem está nos está a acompanhar. Agora que tenho 27 anos, sempre que mudo de médico, tento ser eu a dirigir a conversa, ou, sempre que é possível, em estar sozinha no gabinete, para obrigar os profissionais a falarem comigo diretamente. É quase como que um ato de rebelião, educação e ativismo: aprende a lidar comigo, estou aqui, não tens por onde fugir." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente) "Sim. Neste caso até foi um pouco o contrário do que está na pergunta. Foi na altura da pandemia, quando o controlo nos hospitais estava extremamente apertado. Eu tinha de substituir o meu botão gástrico. Já tinha há cerca de 1 ano (a validade são 6 meses...) e estava cheia de dores, que sabia, sem qualquer dúvida, serem do estado de degradação do meu botão. Devido ao Covid-19, 24h antes da marcação, desloquei-me ao hospital para fazer um PCR. No dia a seguir, tendo recebido negativo no teste, fui à consulta de substituição. Fui observada na sala de espera, em posição sentada, e os médicos / enfermeiros acharam que o botão, por fora, estava com bom aspeto e, como tal, não se justificava a substituição. Ora, eu e a minha mãe, a meio de uma pandemia, sendo eu uma pessoa de alto risco, tendo-nos deslocado de propósito a Lisboa (moro na Charneca de Caparica), dois dias seguidos, expor-me ao risco do ambiente hospital (por sinal, o hospital central da região de Lisboa e um dos mais importantes a nível nacional e, portanto, com muitos doentes com Covid), perante esta informação, não aceitámos. Insisti que andava cheia de dores e que a marcação até foi efetuada por eles (como o botão tem de ser substituído com frequência, as marcações são sempre agendadas na última consulta). Nenhum profissional acreditou nas minhas queixas de dores. Naturalmente, os ânimos foram-se exaltando. Às tantas, por tanto insistirmos, aceitaram levar-me para o bloco operatório para me observarem melhor e, quiçá, efetuarem a mudança do botão. Uma vez que sou dependente (tenho 94% de incapacidade), pedi que a minha	Já teve situações em que se sentiu excluído das conversas e em que a sua vontade foi posta em causa

mãe entrasse comigo, até porque o ambiente já estava demasiado tenso. Contra a minha vontade, foram os auxiliares do serviço que fizeram a minha transferência para a maca, quando eu tinha solicitado que fosse a minha mãe. Já deitada na maca, os médicos e enfermeiros começaram a falar mal da minha mãe e da sua insistência, na minha presença, ignorando-me completamente. Foram proferidos vários comentários de julgamento altamente ofensivos, que me deixaram muito inquieta e nervosa. Às tantas, fizeram-me algumas perguntas, às quais tive muita dificuldade em responder, já que eu estava com uma máscara de ventilação, não ventilada, com uma viseira por cima, que tornava a minha fala completamente impercetível para quem não estava habituado a conversar comigo. Esta era uma das muitas razões pelas quais eu precisava de ter a minha mãe comigo. De repente, após ser observada novamente pelos médicos e enfermeiros, e por não detetarem nada de errado com o botão (por fora…) que justificasse as minhas dores, colocam um aparelho portátil de RX em cima do meu abdómen e fazem uma radiografia sem me comunicarem previamente, ou pedirem autorização. Se não estou em erro, nem colocaram proteção de chumbo na zona dos ovários. Tudo isto foi num espaço de segundos, no máximo 1 minuto. Fiquei paralisada e chocada. Tal como lhes tinha dito, eu não tinha nenhum objeto estranho no estômago, nem tinha acontecido nenhuma coisa fora do normal. Eu tinha a certeza que as dores internas eram do botão. Como já esperava, o RX não mostrou rigorosamente nada. Numa das minhas várias tentativas de comunicação, lá se viram obrigados a chamar a minha mãe, "porque não estavam a perceber nada". Substituíram o meu botão apenas e somente para nos deixarem de ouvir. Fizeram-no de muita má vontade e completamente contrariados. Só houve uma pessoa, auxiliar ou enfermeira, que teve o discernimento de observar o meu estado de extrema ansiedade e angústia. Coloquei PEG com 2 anos. Lido, e lidava na altura, com botões, substituições, PEGs e muitas mais coisas há mais de 20 anos. Na sala de observação haviam profissionais de saúde que não exerciam a sua profissão há tantos anos como os meus anos de experiência. Eu e a minha mãe nunca fomos tão ignoradas, humilhadas e desprezadas como fomos naquele dia. Saí de lá com um ataque de nervos e choro, sentido-me como se eu não fosse gente e a minha experiência enquanto pessoa com deficiência, que já passou por muito profissional de saúde e hospitais, não valesse rigorosamente nada. Foi das piores experiências pelas quais já passei e marcou-me de uma forma inexplicável. Só não fiz reclamação, pois tenho quase a certeza que o termo de responsabilidade e consentimento que assinei previamente à observação incluía a possibilidade de fazer radiografias. A verdade é que nunca mais lá pus os pés. Já me tinham avisado que o serviço de gastrenterologia daquele hospital não era muito bom, mas não esperava que fosse péssimo. Numa consulta com a minha médica de família, pedi que me fosse marcado consulta de gastro para o hospital da minha residência. Assim foi. Atualmente sou seguida lá e a experiência tem sido substancialmente mais positiva - não se compara, sequer." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	
Ligação à teoria: "Em muitas situações, esta população reporta sentir-se negligenciada pelos profissionais de saúde, tendo com eles fracas relações, as quais se consubstanciam, muitas das vezes, em relações de tipo paternalista, em que não há espaço para a autonomia ou a agência individual. Relatos dão conta de como estes profissionais, frequentemente, fazem com que estas pessoas se sintam inferiores, invisíveis, incompetentes e tratando-as como se elas fossem apenas a sua deficiência. Vários doentes queixam-se também de que os médicos os excluem das conversas, falando somente para os seus cuidadores ou acompanhantes, mesmo quando é o doente quem toma as decisões sobre a sua própria saúde (24)." → Entrevistas são concordantes com a literatura existente, reforçando a importância desta problemática	

3.3. Proposta de melhoria do serviço prestado pelos profissionais de saúde	
Excertos das entrevistas	**Notas**
"Técnicas de guia. Descrever os procedimentos, ou seja, dizer o que é que vai acontecer (...) pararem, o raio das farmacêuticas, de pôr os preços dos medicamentos de cima do Braille. (...) tu dentro do teu gabinete tens que me dizer "Venha para aqui porque eu tenho aqui uma máquina que para ver não sei o quê"." (**E1**, F, 22, redatora de conteúdo para redes sociais)	Descrever o espaço e os procedimentos; técnicas de guia
"Lá está, mais uma vez, até agora tem tido muita sorte com os profissionais." (**E2**, M, 49, gerente)	Nada
"Como eu não tenho ido muitas vezes as coisas não acontecem. Se calhar outras pessoas que tenham ido mais vezes ao centro de saúde e ao hospital têm mais queixas, mas eu não tenho. Não vou acrescentar nada aqui nesta pergunta também." (**E3**, M, 53, desempregado)	Nada
"Isto parte tudo, obviamente, da formação. As pessoas não são obrigadas a saber, naturalmente. Há a questão que é o bom senso, que tem que imperar sempre e aí nem todas as pessoas o têm e dificilmente o vão ganhar, portanto, não há nada a fazer, mas claramente no recrutamento das pessoas, convém analisar se, tal como em qualquer empresa ou em qualquer serviço, se devem fazer o recrutamento qualificado para aquelas pessoas que estão mais aptas para fazer aquele trabalho nos cuidados de saúde também, não deve ser por outra razão qualquer. Aquela pessoa escolhida para fazer aquilo tem que ser entrevistada e deve ser recrutada de acordo com isso e depois disso sim, tem que se lhe dar formação e explicar as diversas deficiências e problemas que existem para que a pessoa saiba como tratar a outra pessoa e como é que deve atuar no caso de ser uma deficiência visual, física, o que seja. Efetivamente, acho que aqui o principal é fazer um bom recrutamento das pessoas que estão a operar no serviço e depois dar informação." (**E4**, M, 38, engenheiro)	Formação sobre as diversas deficiências; Recrutamento de profissionais mais seletivo
"Não, é como digo por mim, não tenho." (**E5**, M, 59, telefonista)	Nada
"(...) em relação ao corpo clínico (...) que houvesse maior assertividade no feedback, no diagnóstico e que tendo em conta a ficha que tem à frente, ou seja, nós quando vamos para um gabinete médico, deduzo eu, que o médico terá alguma informação sobre o doente que tem à frente ou pelo menos deveria ter, e que de facto, digamos que muitas vezes a linguagem, as explicações, as descrições, o que quer que seja, que fossem de facto ajustadas e que se tornassem mais assertivas para nós." (**E6**, M, 60, professor) "Bom olhe, conhecimentos específicos dos tipos de deficiência (...). É assim, terem mais conhecimentos sobre como é que nós funcionamos do ponto de vista da comunicação, por exemplo, estarem mais atentos às descrições, mais despertos para descrever. Outro, em termos de atitude, é de facto o utente somos nós, não é quem nos acompanha e, portanto, desenvolverem atitudes, parece que não é uma questão de competência, mas sim de atitude, em que os médicos devem centrar-se no doente, seja ele qual for e é para ele e com ele que têm que conversar. Note-se, não estamos a falar de deficiências cognitivas, ou de demências, portanto, estamos a falar de pessoas que têm a sua autonomia, consciência de si e dos outros completamente resolvido, ou seja, sem problemas, as outras serão de outra	Dar informações, descrever procedimentos e os espaços e dar explicações adaptando a linguagem a cada pessoa; mais conhecimento sobre os diferentes tipos de deficiência; a nível atitudinal, os profissionais devem

natureza. Mas aqui é esta atitude que os senhores doutores têm que perceber que nós sabemos ouvir, sabemos pensar, sabemos decidir e se não sabemos não é porque somos, neste caso, pessoas com deficiência visual, é porque podemos ter qualquer outro défice ou de conhecimento ou do que quer que seja como qualquer outra pessoa. Em termos de deficiência, nunca se esquecerem que, de facto, nós precisamos talvez que nos clarifiquem um pouco mais as coisas, mas que se nós dissermos "sim, eu percebi" não precisam de repetir, que é uma coisa que também me chateia um bocado, a gente "sim, já percebi" e depois "Ah, mas não se esqueça…" enfim, pronto. E eu penso que aí poderá ser de facto pela razão de sermos deficientes e que as pessoas acham que além de cegos somos qualquer outra coisa." (**E6**, M, 60, professor) "Digamos o posicionamento, por exemplo, da cama do utente em relação, sei lá, por exemplo, à casa de banho. As próprias pessoas, neste caso os técnicos de saúde ou a enfermagem que por exemplo, em termos de refeições, que digam às pessoas onde é que estão as coisas, fazer uma localização relativa ao seu próprio corpo, à direita, à esquerda, à frente, atrás ou usando qualquer outra estratégia, como, por exemplo, posicionamento das horas no relógio e estratégias deste género que nos possam permitir enfim, por exemplo, saber exatamente onde é que estão as coisas quando nós as procuramos com as mãos, porque é assim que nós temos que procurar. E, por exemplo este aspeto da localização das coisas, dos serviços ou das instalações, haver a preocupação de, no nosso caso ou para o nosso caso, dar indicações muito precisas para que nós não precisemos para ir à casa de banho, ter que chamar um auxiliar, estando em condições de o fazer, obviamente, ou seja, se eu souber, por exemplo, a localização na enfermaria. (…) Dar localizações precisas, facilitar a localização da pessoa que tem este tipo de dificuldade, mas que é capaz de o fazer e descrever o espaço "olhe na casa de banho quando entra tem um lavatório, tem isto, tem aquilo, à sua frente tem…" para nós termos a visualização, enfim cerebral, do espaço e podermos locomover. Este tipo de preocupações acho que era bom que os que os hospitais e os centros de saúde, enfim, as instalações onde decorrem os serviços de saúde, pudessem ter esta preocupação para que quando recebessem pessoas com deficiência visual fossem capazes. Até a própria locomoção, normalmente andam connosco de forma errada. (…) Se os outros não souberem como é que se faz colocam-nos numa situação muito desagradável e muitas vezes perigosa e, portanto, eu acho que saberem andar com uma pessoa com deficiência visual também é muito importante. Os doutores e as senhoras enfermeiras e enfermeiros e etc era muito importante também terem uma formaçãozinha sobre estes aspetos." (**E6**, M, 60, professor) "O princípio é sempre fazer com que o utente, que somos nós, se sinta o foco da atenção. (…) Agora, neste caso, coloquem em nós sempre a capacidade de realização de coisas. Vocês perguntam-nos "precisa de ajuda" e se nós respondermos "Não", não insistam, "mas veja lá" às vezes também é um bocadinho chato, já disse que não, muito obrigado pronto." (**E6**, M, 60, professor)	centrar-se na pessoa e falarem diretamente com ela, respeitando a sua autonomia (na entrevista há a explicação de como guiar uma pessoa com deficiência visual e mais exemplos de como descrever um espaço)
"Na abordagem. É por isso que eu digo que Coimbra está muito mais evoluída, já vêm as coisas de outra maneira se calhar, por exemplo, lá existem mais pessoas com deficiência visual ou visual e auditiva, enquanto aqui na Covilhã são mais fechados, falta iniciativa. Por exemplo, eu quando vou às consultas de psicologia, embora a psicóloga saiba que eu	Os profissionais devem adaptar-se à pessoa, ajudando-a

consigo orientar-me, ela faz questão de sair do gabinete, pôr-me no elevador e ir até a rua abrindo as portas. (…) Agora a nível do serviço, a médica devia ficar no consultório e haver alguém a acompanhar-me cá em baixo, embora eu conheça o terreno e saiba. Não há esse à vontade. Nem é à vontade. Eu acho que é mais preguiça, ter que se estar a levantar da cadeira e abrir a porta ou perguntar se precisa de ajuda. Lá está é formação." (**E7**, M, 48, reformado)	no que for necessário e facilitando a sua experiência nos cuidados de saúde
"Acho que havia de haver um bocadinho mais de sensibilidade para com as próprias deficiências das pessoas, porque cada um é diferente do outro. O que para mim pode ser importante para outra pessoa pode não ser e vice-versa e então tratarem um bocadinho cada pessoa com mais cuidado porque eles tratam de maneira toda igual." (**E8**, F, 44, técnica superior de contabilidade)	Cuidado centrado na pessoa e individualizado (modelo biopsicossocial)
"Faz falta essa sensibilização para os profissionais, de perceberem onde é que se têm que posicionar, para saber a pessoa que têm a frente, se precisam de ajudar, se precisam só de estar atentos para perceber que aquela pessoa pode precisar de ajuda, eles não podem dizer, mas têm que estar atentos, ou então vamos ajudar esta pessoa e é isso. (…) Mas isso eu acho que os profissionais não têm culpa, isso devia ser logo quando se formam. Qualquer profissional, devia ter uma cadeira, eu às vezes digo, que deviam ter uma cadeira, não sei bem ainda, não achei qual é o nome para este tipo de sensibilização para esta área, para este tipo de doentes como nós." (**E9**, F, 59, reformada) "O que eu mudava, por exemplo, é quando eu vou às urgências (…), chego lá e deparo-me com um médico, na maioria das vezes, que não tem em conta a pessoa que tem ali à sua frente, que tem uma história por trás e nem sequer se preocupa em ver na ficha, (…) está lá tudo, e mais hoje em dia está tudo informatizado, não é difícil ir lá (…). Mas nem sequer se preocupam com isso, não veem a pessoa que está ali à frente e depois eu estou sentada normalmente nem sequer reparam no pormenor de ter à frente deles uma pessoa que tem incapacidade, estou muito bonita e tal e não sei quê, mas eu acho que é de uma insensibilidade de todo o tamanho. E já me aconteceu, uma das últimas vezes, eu até ter um pulso partido e não tinha nada. (…) É assim, não terem em conta a pessoa que está ali, que também se conhece a si própria, que tem uma história. (…) "Se calhar essa pessoa que eu tenho aqui à minha frente tem uma incapacidade, temos que ver que, se calhar, a incapacidade dela também condiciona o problema que ela me está a apresentar aqui". E é isso que não é tido em conta. Mas aí é porque nos casos, nas consultas, nos sítios aonde eu vou onde há relacionamento, já temos uma ligação, tudo bem. Agora nestes sítios onde é ocasionalmente é isso que eu sinto, não é uma vez, nem 2, nem 3. Se calhar aí os próprios profissionais, médicos, auxiliares, tudo, deveriam ter em conta porque é tratado tudo por igual. Não é tudo por igual, não pode ser tudo por igual. Eu que tenho deficiência tenho que ser tratada de uma maneira, o idoso tem que ser tratado de outra maneira, a criança tem que ser tratada de outra, a grávida tem que ser tratada de outra. Não pode ser tudo por igual. São todos doentes. Não podem ser tratados todos da mesma maneira." (**E9**, F, 59, reformada)	Formação e sensibilização; Cuidado centrado na pessoa e individualizado (modelo biopsicossocial)
"Olhe só que os tratem de igual para igual e que lhes deem alguma atenção porque eles muitas vezes não são tão	Tratar com respeito

deficientes quanto parecem. Se calhar a maior parte." (**E10**, M, 80, reformado)	e atenção na pessoa
"Em relação aos profissionais não tenho queixas. Tenho tido uma boa relação com os profissionais de saúde que me relaciono e assim, pronto, não tenho tido problemas." (**E11**, F, 42, educadora de infância)	Nada
"É assim o que eu gostava é que eles fossem mais simpáticos, tivessem mais sorriso aberto, fossem mais calmos, quando a gente não percebesse, por exemplo, escreverem no papel. É que é assim umas maneiras mais calmas, podem até saber um bocadinho de língua gestual, que isso era muito bom, por pouco que fosse era melhor que nada." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa) "(...) o surdo e vamos imaginar não tem intérprete de língua gestual, o que ele pode fazer é contactar com o SNS24 que tem uma intérprete do lado de lá da linha. Através desse serviço sim, mas há médicos que autorizam, que aceitam a videochamada, mas há outros que não aceitam e aí os surdos não podem contactar com essa linha. Depende o médico que apanham, se é um médico que está sensível e aceita ou não." (**E12**, F, 49, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Mais simpáticos e calmos; maior esforço para comunicar com as pessoas surdas e conhecimento de LGP; médicos devem aceitar apoio de intérprete de LGP
"Eu gostava de uma coisa muito simples: que aprendessem língua gestual. Existem cursos de língua gestual, formações, que aprendam o básico para poderem conversar connosco, comunicar connosco, é muito fácil, porque é assim eu não consigo aprender a oralizar mais do que aquilo que eu oralizo. Agora um ouvinte, os médicos, os enfermeiros, os técnicos de saúde podem aprender a língua gestual na área da saúde, gestos só mesmo na área da saúde, tirarem um curso nessa área, existe, não tenham medo, é tentarem tirar essa formação. Um curso básico é uma coisa fácil, 25 horas não é assim muito. Eu gostava era que esses profissionais realmente fizessem isso, não é nada de grave, não, é uma coisa muito simples. A língua gestual é linda, é muito boa, não é difícil, não. Às vezes pensam que é difícil, não é. Basta aprenderem o básico (...). É assim, os cursos estão aí, basta só aprenderem, agora é aprender algo que seja na área, ou seja, vocês próprios no hospital ou centro de saúde podem pedir um curso de formação de língua gestual e nós, professores de língua gestual, irmos dar essa formação relacionada com a saúde." (**E13**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	Conhecimento de LGP
"E eu acho que os profissionais de saúde, eu também sou profissional de saúde, nós temos muita formação para muita coisa, mas de facto, haver aqui uma formação para a interação anti capacitista com as pessoas com deficiência é mesmo muito importante porque os profissionais de saúde são pessoas e, portanto, não é por ser um médico, um enfermeiro, um auxiliar de saúde está muito habituado a lidar com pessoas com deficiência em contexto hospitalar e, portanto, com esta carga hospitalar e o que eu noto é que deixam de ver a pessoa com deficiência para além do hospital e por isso não abordam com ela temas também importantes, como por exemplo, a sexualidade, ou não abordam da forma correta, portanto, há sempre um assistencialismo e um paternalismo que é muito associado a esta interação e, portanto, eu acho que uma formação atitudinal, uma capacitação, seria muito importante para melhorar os serviços de saúde." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	Formação para combater o capacitismo; cuidado de acordo com o modelo biopsicossocial (ver a pessoa como um todo e para além da sua deficiência);

"Então, em primeiro lugar, gostava muito que os profissionais de saúde passassem a ver as pessoas antes das suas deficiências, os profissionais de saúde e toda a gente, isto não é exclusivo dos profissionais de saúde, mas gostava muito disso porque acho que muita coisa mudaria a partir daí. Depois acho que deviam deixar cair por terra, e isto é um grande defeito nosso de profissionais de saúde, esta ideia de que temos que saber de tudo sobre todas as condições e sobre todas as pessoas, ou seja, o dizer "Olha, eu não sei, eu vou investigar. Eu acho que isso não é possível, mas deixe-me falar com um colega. Deixe-me falar com outro utente com deficiência que eu tenho que ele pode-me ter coisas interessantes para dar" e atenção que eu tenho profissionais de saúde que me acompanham que fazem isto, mas o que eu noto é que muitas vezes nós temos a ideia que sabemos de tudo, que tudo o que temos que saber aprendemos na faculdade e isto não é verdade e, portanto, acho que deixar cair e ser mais humilde de dizer "Eu não sei isto, deixe-me investigar um bocadinho e eu volto aqui à sua conversa". Por exemplo, a prescrição de produtos de apoio, a questão de prescrição de sondas de esvaziamento, há muitos profissionais, médicos de família, que não sabem e eu recebo mensagens nas redes sociais de pessoas que dizem que o médico lhes disse que não era possível e depois nós vamos a perceber que é possível porquê? Porque o médico não sabe e é muito mais prático dizer não dá e o doente vai para casa a ter que pagar um produto que é gratuito, é atribuído pelo SNS e, portanto, isto tem um impacto muito real nas nossas vidas. Portanto, esta questão de ver a pessoa antes da sua deficiência, assumir que não sabemos sobre tudo, de não assumir que sabemos o que é melhor para a pessoa com deficiência e depois de não tratar a pessoa com deficiência com condescendência, com paternalismo, e sim como uma pessoa, porque isso também muda muito a nossa interação e não ter medo de abordar todos os temas com a pessoa com deficiência com tranquilidade. Também não ter medo de errar, de dizer alguma coisa que pode ser capacitista porque nós somos todos e se a pessoa alertar para "Olha, não é assim que se diz, não é assim que se faz" é só pedir desculpa e seguir em frente com a consulta e aprender e ser melhor daí para a frente. Portanto, eu acho que esta capacitação quase atitudinal, que era muito importante os profissionais de saúde terem mais." (**E14**, F, 35, nutricionista, consultora e formadora de acessibilidade)	abordar todos os temas importantes incluindo o da sexualidade; os profissionais devem assumir que não sabem tudo e reconhecer quando precisam de ajuda ou precisam de investigar mais
"Nós aqui na Covilhã ou no Porto, nem todos os médicos têm conhecimento destes aparelhos e eu chateei-me (…). Eles não têm conhecimento. Pelo menos aquele, de onde me mandaram, ele tinha conhecimento, simplesmente o aparelho que ele diz que já tinha implantado, que não era igual ao meu e não percebia nada daquilo e por isso é que eu me chateei disse "Então se não sabem, então mandem-me para o médico que me operou porque ele sabe aquilo que há de fazer"." (**E15**, M, 63, reformado)	Profissionais deveriam ter mais conhecimentos sobre as soluções que existem para ajudar as pessoas com deficiência
"O que eu gostava era que os médicos soubessem língua gestual, claro na área da saúde, que soubessem língua gestual." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "É assim, basicamente é mesmo a mesma língua gestual, é saberem língua gestual porque a acessibilidade, ou seja, a	Profissionais deviam saber Língua Gestual na área da saúde, isto também

comunicação é algo mais pessoal, é privado, é direto." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa) "Sim, pelo menos o básico, principalmente na área da saúde. Sim, sim, porque se acontecer alguma coisa, pronto vão sabendo o que é. Até mesmo agora na saúde mental, que se fala tanto, é uma área que se deveria também saber. Os ouvintes têm acessibilidade, têm informação disto tudo nestas áreas todas, mas os surdos não e é muito difícil e os médicos era importante saberem algo ligado à saúde de língua gestual." (**E16**, F, 50, professora de Língua Gestual Portuguesa)	facilitaria o acesso à saúde mental
"Hoje em dia, no mundo empresarial (do qual faço parte), fala-se muito nas soft skills — competências comportamentais. Efetivamente são competências que estão, geralmente, em falta nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos. Inteligência emocional, empatia, escuta ativa, relacionamento interpessoal, criatividade e pensamento crítico são algumas das muitas competências que deviam ser ensinadas e mais desenvolvidas no ramo da saúde. De nada nos serve ter conhecimentos técnicos e científicos, se não os conseguimos aplicar humanamente. O facto da cultura portuguesa (a do resto do mundo, desconheço) idolatrar em demasia a classe médica e ainda olhar para os médicos como deuses, ou donos da verdade universal, limita também o sector a desenvolver-se. O ego dos profissionais é dos fatores que mais implicam negativamente na experiência do utente. A dinâmica de poder, ou hierarquização, devem ser repensadas. O médico pode ter os conhecimentos técnicos, mas eu é que tenho a experiência na primeira pessoa, coisa que nenhum médico, sem deficiência ou doença, terá. Assim, a relação tem de ser bidirecional e horizontal. A dinâmica deve ser, sempre, colaborativa e de união de forças, conhecimentos e experiências. Um médico não se deve sentir ofendido por lhe serem feitas questões; ou se as soluções apresentadas não forem ao encontro do que o utente procura. Quero, acima de tudo, encontrar num profissional de saúde, um parceiro de viagem, já que tenho uma doença crónica e irei precisar de cuidados de saúde até ao fim da minha vida. As associações de doentes e pessoas com deficiência são um recurso subvalorizado e explorado pelos profissionais de saúde. É uma ponte direta para as comunidades e para a tal relação que mencionei há pouco e acho tão importante ser criada. Por último, mas aqui é um ponto muito pessoal — gostava de ver neste sector mais sentido de missão e, inclusive, ativismo. Tudo na vida é político e a medicina não é exceção. São as leis que condicionam o nosso acesso a serviços e bens e que regulamentam os sectores. Sinto falta desse lado político e de missão. Paralelamente, gostava também que houvessem mais médicos predispostos à investigação conjunta com utentes, e a pensar em soluções fora da caixa, quando na caixa não cabem todas as pessoas." (**E17**, F, 27, apoio ao cliente)	Desenvolvimento das soft skills (inteligência emocional, empatia, escuta ativa, relacionamento interpessoal, criatividade e pensamento crítico); relação doente-profissional deve ser no sentido de encontrar as melhores soluções para aquela pessoa em específico; maior ligação com as associações; mais ativismo
Ligação à teoria: (excerto E12) "Exemplos para ultrapassar as barreiras de comunicação, em Portugal, são a aplicação MAI 112 que desde 2019 permite aos cidadãos surdos contactarem os serviços de emergência e o atendimento em Língua Gestual Portuguesa do SNS24 que desde 2020 possibilita o contacto com a linha e também a comunicação entre profissionais de saúde e doentes nas instituições do Serviço Nacional de Saúde."	