



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANA TALYNE PESSOA

**ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DO CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

FORTALEZA

2018

ANA TALYNE PESSOA

ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DO CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca.

Co-orientadora: Aline Tomaz de Carvalho.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P567a Pessoa, Ana Talyne.

ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DO CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / Ana Talyne Pessoa. – 2018.

90 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Lorita Marlena Freitag Pagliuca.

Coorientação: Profa. Dra. Aline Tomaz de Carvalho.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Atenção Primária à
Saúde. I. Título.

CDD 610.73

ANA TALYNE PESSOA

ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DO CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 27/08/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Evanira Rodrigues Maia (1º membro)
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof.^a Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira (2º membro)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus.

A minha mãe, Vanda.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha fortaleza, luz e guia. Por não permitir que eu desista e segurar minha mão em todos os momentos de minha vida.

A minha mãe, Vanda, por todo amor, dedicação, zelo e doação. Por ser meu porto seguro vivo neste mundo.

As minhas irmãs, por todo carinho e estímulo para realização deste trabalho.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, pela compreensão no momento mais delicado de minha vida, pelos ensinamentos, pelo companheirismo e por não ter permitido que eu desistisse de mim mesma.

A minha co-orientadora, Dr^a Aline Carvalho, pela amizade incondicional, incentivo diário, ensinamentos e por todas as palavras de encorajamento.

Ao meu Psiquiatra, Dr Jairo Amparo, por seu trabalho como médico, amigo e terapeuta.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, pela gigantesca contribuição na análise estatística do estudo.

A Antônia, sempre presente e torcendo pela conclusão deste trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora, por aceitarem o convite e disponibilizarem seu tempo para contribuição na conclusão deste trabalho.

A todos que, de alguma forma, direta ou indiretamente, foram apoio, amigos e companheiros nesta caminhada.

“De modo suave, você pode sacudir o mundo.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Estabelecimentos de saúde devem possuir acessibilidade arquitetônica visando ofertar a todas as pessoas, inclusive com deficiência, acesso aos seus serviços. É necessário, portanto, que as unidades sejam construídas considerando os parâmetros de acessibilidade estabelecidos na Norma Brasileira Regulamentadora 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. O enfermeiro como educador e, muitas vezes, gerente dessas unidades, deve também conhecer a existência da Norma. Assim, poderão participar na elaboração e execução de projetos em reformas e construções de unidades de saúde. Por se tratar de Norma extensa e difícil compreensão, profissionais podem fazer uso de tecnologias educacionais para seu conhecimento. Estudo teve como objetivo desenvolver e validar cartilha educativa sobre acessibilidade arquitetônica do consultório de enfermagem de Unidade Básica de Saúde. Pesquisa metodológica seguindo as etapas de Echer (2005): seleção de material para construção do conteúdo; construção e validação de roteiro textual com especialistas em acessibilidade; construção da cartilha educativa com designer gráfico; e, validação de aparência com especialistas em Atenção Primária à Saúde. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, o primeiro, Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde, para validação do roteiro textual e o segundo, *Suitability Assessment of Materials*, para validação de aparência da cartilha educativa. Em relação a análise dos dados, utilizou-se o Percentual de Concordância e o alfa de Cronbach. Acerca da avaliação do roteiro textual, este foi considerado válido por todos os especialistas após realização de três encontros. Quanto a avaliação da cartilha educativa, esta foi considerada válida em conteúdo e aparência por todos os especialistas.

Palavras-Chaves: Acesso aos Serviços de Saúde. Pessoas com Deficiência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Health establishments must have architectural accessibility in order to offer all people, including those with disabilities, access to their services. It is necessary, therefore, that the units be constructed considering the parameters of accessibility established in the Norma Brasileira Regulamentadora 9050 of the Brazilian Association of Technical Norms. The nurse as educator and, often, manager of these units, must also know the existence of the Standard. Thus, they will be able to participate in the elaboration and execution of projects in renovations and constructions of health units. Because it is an extensive and difficult to understand standard, professionals can make use of educational technologies to their knowledge. This study aimed to validate an educational primer on architectural accessibility of the nursing office of the Basic Health Unit; develop and evaluate content with experts; construct educational booklets; evaluate content and appearance of educational primer with experts. This is a methodological research. The following steps were followed: selection of material for content construction; construction of textual script and its validation with specialists in accessibility; construction of educational booklet with graphic designer; and validation of appearance with specialists in Primary Health Care. Two instruments were used to collect data, the first, Instrument of Validation of Educational Content in Health, for validation of the textual script and the second, Suitability Assessment of Materials, for validation of the appearance of the educational booklet. In relation to the data analysis, we used the Concordance Percentage and the Cronbach's alpha. Regarding the evaluation of the textual script, it was considered valid by all experts after three meetings. As for the evaluation of the educational booklet, this was considered valid in content and appearance by all experts.

Keywords: Health Services Accessibility. Disabled Persons. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994) validado por Jesus (2000) adaptado. Fortaleza, 2018.....	22
Quadro 2	– Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994) validado por Jesus (2000) adaptado. Fortaleza, 2018.....	30
Quadro 3	– Cenas e respectivas descrições para construção das ilustrações. Roteiro textual para construção de cartilha educativa. Acessibilidade Arquitetônica do consultório de enfermagem e respectivo banheiro da Unidade Básica de Saúde. Fortaleza, 2018.....	43
Quadro 4	– Sugestões realizadas pelos especialistas em conteúdo. Validação de conteúdo do Roteiro Textual. Fortaleza, 2018	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Fluxograma das etapas metodológicas para construção e validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	24
Figura 2	– Esboço da primeira cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	46
Figura 3	– Primeira cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	46
Figura 4	– Esboço da segunda cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	47
Figura 5	– Segunda cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	47
Figura 6	– Esboço da terceira cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	48
Figura 7	– Terceira cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	48
Figura 8	– Esboço da oitava cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	49
Figura 9	– Oitava cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	49
Figura 10	– Vista superior da área de transferência e manobra de banheiro acessível. Fortaleza, 2018.....	50
Figura 11	– Vista frontal e superior de portas. Fortaleza, 2018.....	50
Figura 12	– Ilustração das imagens familiares ao público-alvo. Fortaleza, 2018.....	51
Figura 13	– Ilustrações representativas do uso do símbolo “errado” e “correto”, respectivamente. Fortaleza, 2018.....	52
Figura 14	– Ilustração representativa da capa da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição da concordância dos especialistas quanto aos domínios avaliados no IVCES no primeiro encontro. Validação de conteúdo do roteiro textual. Fortaleza, 2018...	40
Tabela 2	– Distribuição da concordância dos especialistas quanto aos domínios avaliados no IVCES no segundo encontro. Validação de conteúdo do roteiro textual. Fortaleza, 2018...	40
Tabela 3	– Distribuição da concordância dos especialistas quanto aos domínios avaliados no IVCES no terceiro encontro. Validação de conteúdo do roteiro textual. Fortaleza, 2018...	41
Tabela 4	– Percentual de Concordância dos especialistas em acessibilidade quanto aos itens avaliados no domínio objetivo no 1º, 2º e 3º encontro. Fortaleza, 2018.....	41
Tabela 5	– Percentual de Concordância dos especialistas em acessibilidade quanto aos itens avaliados no domínio estrutura e apresentação no 1º, 2º e 3º encontro. Fortaleza, 2018.....	42
Tabela 6	– Percentual de Concordância dos especialistas em acessibilidade quanto aos itens avaliados no domínio relevância no 1º, 2º e 3º encontro. Fortaleza, 2018.....	43
Tabela 7	– Distribuição da concordância dos especialistas em todas as categorias avaliadas no SAM. Validação de aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.....	54
Tabela 8	– Validação de aparência da cartilha educativa por especialistas em Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2018.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PcD	Pessoa(s) com Deficiência
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAM	Suitability Assessment of Materials
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tecnologia Educacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	MÉTODO.....	24
3.1	Tipo de estudo.....	24
3.2	Local e período do estudo.....	25
3.3	Etapas do estudo.....	25
3.3.1	<i>Construção do conteúdo.....</i>	25
3.3.2	<i>Validação de conteúdo do roteiro textual por especialistas em acessibilidade.....</i>	26
3.3.3	<i>Construção da cartilha educativa.....</i>	28
3.3.4	<i>Validação de aparência da cartilha educativa.....</i>	29
3.4	Análise dos dados.....	30
3.5	Aspectos éticos.....	31
4	RESULTADOS.....	33
4.1	Construção e Validação de Conteúdo.....	33
4.1.1	<i>Construção do roteiro textual.....</i>	33
4.1.2	<i>Validação de conteúdo do roteiro textual com especialistas em acessibilidade.....</i>	39
4.2	Construção da Cartilha Educativa.....	45
4.2.1	<i>Ilustrações da Cartilha.....</i>	45
4.2.2	<i>Diagramação.....</i>	53
4.3	Validação de aparência da cartilha educativa.....	54
5	DISCUSSÃO.....	56
6	CONCLUSÃO.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICES.....	75
	ANEXOS.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), aconteceu no dia 13 de dezembro de 2006, em Nova York, na reunião da Assembleia Geral para comemorar o Dia Internacional dos Direitos Humanos. Entretanto, entrou em vigor apenas em 03 de maio de 2008, 30 dias após alcançar quantidade mínima de homologações necessárias. Foi assinada pelo Brasil em 30 de março de 2007 e é considerada um marco na história de luta por direitos das Pessoas com Deficiência (PcD) (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2012).

Após incorporação da referida Convenção, o conceito de PcD adotado constitucionalmente no Brasil, sobrepôs-se aos aspectos meramente clínicos e assistencialistas que prevaleciam na legislação anterior. Evidencia-se, no novo conceito, o fator social, considerando a necessidade em superar todas as barreiras que impedem a inclusão social (SANTOS; MELLO, 2016).

Assim, o conceito atual designa que PcD é aquela que possui impedimento de longo prazo seja este de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva deste indivíduo na sociedade em igualdade de condições com os demais (BRASIL, 2015).

No mundo, aproximadamente 10% da população (650 milhões de pessoas) vivem com algum tipo de deficiência, destes 80% residem em países em desenvolvimento. O grupo de PcD é considerado a maior minoria do mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de PcD tende a aumentar especialmente devido ao crescimento demográfico, avanços em medicina e processo de envelhecimento (UNRIC, 2015). No Brasil, a falta de saneamento básico, assistência ao pré-natal, acidentes em ambientes de trabalho e violência por arma de fogo são também considerados fatores relevantes no aumento do número de PcD (FIGUEIRA, 2014).

O Brasil tinha, em 2010, 45.606.048 pessoas (23,9%) que se autodeclararam apresentar pelo menos uma deficiência sendo a maior taxa de prevalência na Região Nordeste, com 26,63% (12,1 milhões), situada bem acima da média nacional. Análise relacionada ao gênero mostra que 26,5% da população feminina (25,8 milhões) possuía alguma deficiência contra 21,2% da população

masculina (19,8 milhões). Deficiência visual era a que mais atingia homens e mulheres com 18,6%, seguida da motora (7%), auditiva (5,10%) e mental ou intelectual (1,40%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010).

Práticas para incluir socialmente essa população que, comumente, são vítimas de preconceitos ou excluídas da sociedade estão sendo frequentemente discutidas. Algumas PcD, entretanto, se auto excluem por se considerarem inferiores; outras se isolam das pessoas consideradas “normais” e procuram conviver com demais PcD (DANTAS et al., 2014).

O ordenamento jurídico brasileiro determina, em suas leis, formas de homogeneizar as oportunidades na sociedade, principalmente no tocante às PcD. Assim, a função do Estado, por meio de política de inserção, é assegurar o acesso das PcD na sociedade, precipuamente, aos objetivos listados na Carta Constitucional tais como educação, saúde, formação, reabilitação e informação. Estes irão intermediar e criar estímulos para inserir, reter e recolocar as PcD na esfera político-cultural da sociedade (BOLDRINI; PESSANHA; FRANCISCHETTO, 2013).

Em decorrência de um conjunto de necessidades sociais de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado. Este se desenvolve com base nos princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade além de diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade (PAIM et al., 2011).

Dentro do SUS, desenvolveu-se a Atenção Primária à Saúde (APS). Esta é o contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e centro integrador de toda a Rede de Atenção à Saúde. Ocupa papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (JUNIOR; PINTO, 2014).

Objetivando melhorar a qualidade da APS, com foco na prevenção e Promoção da Saúde (PS), foram desenvolvidos: o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); e a Estratégia Saúde da Família (ESF). O modelo da ESF, adotado na APS e que inicialmente teve o nome de Programa Saúde da Família (PSF), foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. Este propõe a renovação do cuidado oferecido com vistas a avançar do controle das doenças à PS, através de uma assistência humanizada com vínculo,

acolhimento e responsabilização, voltada às diversas necessidades locais e específicas das famílias territorializadas (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

A ESF também deve desenvolver visitas domiciliares como forma de interação no cuidado à saúde. As visitas são consideradas ferramentas de intervenção importantes utilizadas pelas equipes de saúde como maneira de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população. É necessária a utilização de saberes de outras áreas do conhecimento, além dos específicos de saúde, como assistência social, cultura, lazer, esporte e gestão para que a APS se torne mais eficaz e resolutiva (CABRAL et al., 2016).

Para este cenário estar completo é imprescindível a presença do usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo-se a PcD. Assim, o acesso igualitário no SUS, em especial na APS, deve ser preocupação constante do planejamento ao atendimento, como um princípio de justiça, fundamentando-se no argumento de que é preciso tratar cada pessoa de acordo com a sua necessidade. Faz-se necessário refletir sobre o acesso aos serviços da APS e aos fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário (BRASIL, 2012a). Sendo assim, a promoção da acessibilidade dará oportunidade para que as PcD se tornem participativas na sociedade, principalmente no que tange à saúde pública (GARBE, 2012). Do contrário, esse público poderá enfrentar complicações de saúde que inviabilizem seu acesso aos serviços de saúde e demais meios sociais (CASTRO et al, 2011).

Acessibilidade, por sua vez, caracteriza-se como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para uso com segurança e autonomia de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado, uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por PcD ou com mobilidade reduzida. Acessível, por sua vez, é todo espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT), 2015).

A estrutura arquitetônica adequada de quaisquer ambientes é fundamental para torna-los acessíveis. Quanto à estrutura básica da UBS considera-se necessário: consultório médico, consultório de enfermagem, ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratório, sala de vacina,

banheiro público, banheiro exclusivo para os funcionários, expurgo, cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe, cozinha, sala de procedimentos, e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, é necessário consultório com equipo odontológico completo (BRASIL, 2012b).

Consultório de enfermagem é parte da estrutura física mínima para o adequado funcionamento do processo de trabalho em uma UBS, pois é neste que o profissional enfermeiro irá atuar de modo a garantir privacidade e qualidade no cuidado prestado à população, incluindo as PcD.

Entretanto, o consultório não deve ser privativo do médico ou do enfermeiro. A ESF é multidisciplinar e desenvolve ações interdisciplinares dentro e fora da UBS. A estrutura mínima do consultório deve oferecer condições de se realizar atendimento em mesa de escritório, com usuário e acompanhante sentados e atendimento em mesa de exame clínico. O ideal é que a mesa seja adequada ao exame ginecológico. Sanitário privativo deve existir quando consultório for para uso ginecológico, além de lavatório com torneiras que dispense o uso das mãos (BRASIL, 2008).

O papel dos usuários, trabalhadores de saúde e também dos gestores como protagonistas na efetivação do acesso aos serviços de saúde e controle social deve ser destacado, pois, estes, por estarem inseridos no serviço, devem identificar e encontrar soluções para as demandas imperceptíveis e para os principais pontos de exclusão ao acesso que a população enfrenta em busca de solucionar suas necessidades (ASSIS; JESUS, 2012). Essas demandas não dizem respeito somente ao acesso no tocante à estrutura física, estas possuem vínculo com acesso aos serviços visando a PS do usuário.

A PS é discutida desde a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata (1978), no Cazaquistão. Esta foi reforçada durante a Primeira Conferência sobre PS, em Ottawa, Canadá (1986) (BEZERRA et al., 2013). A PS é uma estratégia de articulação transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas existentes no país, visando o desenvolvimento de mecanismos que diminuam situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

A PS implica um processo contínuo e envolve prevenção, educação e a participação dos diversos setores sociais para a criação de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde (CINCURÁ, 2014). Portanto, não deve ser compreendida como um conjunto de procedimentos voltados a redução dos riscos de doenças (ROCHA; AKERMAN, 2014).

É desafiador para o Sistema de Saúde efetivar um acesso equitativo, pois cada segmento social possui diferentes demandas produzidas por processos sociais de exclusão que nem sempre são percebidas pelo poder público. E, quando são, a gestão não tem acúmulo reflexivo para formular políticas adequadas (ASSIS; JESUS, 2012).

As ações da Enfermagem na PS são fundamentais. Desenvolver ações de cuidar com foco no diálogo que valorize a individualidade de cada ser faz com que o cuidado se torne mais próximo as reais necessidades dos usuários (FREITAS et al., 2010). As concepções do enfermeiro são imprescindíveis à prática, pois este possui competência para atuar como educador, juntamente com a equipe e comunidade, sendo capaz de intermediar mudanças nas atitudes da população (BEZERRA et al., 2013).

O enfermeiro que atua na ESF tem papel de agente de saúde e educador, pois este está bem próximo da comunidade e pode auxiliar nesse processo de inclusão criando e utilizando tecnologias educativas, uma vez que a acessibilidade ultrapassa a dimensão geográfica e abrange aspecto econômico, existência de profissionais qualificados e necessidade do usuário em procurar o serviço de saúde (SILVA JUNIOR, et al., 2010; BARROS et al., 2012). Portanto, para que acessibilidade se efetive, deve ser discutida por todas as pessoas envolvidas nos serviços de saúde uma vez que todos devem ter condições necessárias para agir em prol dessa efetivação (SILVA et al., 2011).

De acordo com o Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004, a construção, reforma ou ampliação de projetos urbanísticos e edificações, de uso público ou coletivo, deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis às PcD. Este, afirma que as edificações são consideradas acessíveis quando todos os seus elementos são concebidos, organizados, implantados e adaptados segundo o conceito de desenho universal, garantindo o uso pleno com segurança e autonomia por todas as pessoas (BRASIL, 2004).

No entanto, o crescimento desordenado das cidades demonstra a ausência ou inadequação de seus planejamentos, gerando conflitos em diversos setores, como nos de saúde. Esses impactos, muitas vezes, são percebidos apenas quando a situação já está caótica e as medidas a serem tomadas são apenas no sentido de remediar e amenizar os impactos gerados. Fato relevante a se considerar é que muitos dos espaços públicos foram projetados em épocas que a perspectiva da acessibilidade não era observada e não tinha significância como nos dias atuais, seja pelo tamanho das cidades, seja pelas políticas urbanas (GARCIA; RAIÁ JÚNIOR, 2015). Entretanto, mesmo as unidades construídas ou reformadas recentemente parecem desconsiderar sua adequação física, uma vez que não são construídas/reformadas tendo como base os parâmetros estabelecidos na ABNT.

Assim, a situação da assistência às PcD no Brasil ainda apresenta perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na esfera pública e privada. E, embora a assistência a essas pessoas se insira marginalmente no sistema de saúde, esta apresenta relevância no âmbito da saúde pública (GIRONDI; SANTOS, 2011).

Entre os profissionais que prestam assistência às PcD, destaca-se o enfermeiro, pois, quando procuram o serviço de saúde, este é o profissional que acompanha o paciente na maior parte do tempo. Entretanto, apesar dos esforços percebidos na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência para um atendimento qualificado a estas pessoas, percebe-se a falta de preparação e conscientização dos profissionais, além de incentivo dos governantes em capacitações que visem melhorar o atendimento a esta clientela. Com isso, a assistência prestada tende a se dar de maneira não humanizada e subdividida, indo contra os princípios estabelecidos no SUS (DANTAS et al., 2014).

A formação e qualificação dos profissionais de saúde, os currículos, no ensino de graduação em saúde, ainda estão fragmentados e distribuídos de maneira a concentrar o ensino teórico em sistemas anatomopatológicos e por meio da ótica biomédica. Outras áreas do conhecimento são abordadas com dificuldade e ainda se prioriza o modelo hospitalocêntrico. Contradizendo-se, pois, a proposta de atendimento integral e holístico que deve ser priorizada e ensinada aos estudantes. E, o atendimento prestado às PcD deve ser qualificado uma vez que cada deficiência possui particularidades e o profissional deve estar preparado para lidar com elas (REBOUÇAS et al., 2011).

Os enfermeiros devem, para tanto, possuir o perfil e estarem qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os usuários. Logo, fica claro a necessidade de se conhecer os motivos que facilitam ou dificultam o acesso ao serviço de saúde. Este conhecimento possibilita a intervenção rápida e ágil dos profissionais em direcionar os cuidados em saúde para um determinado grupo ou população em risco, como as PcD (SILVA et al., 2011).

Para que haja a produção do sujeito e do processo de trabalho na UBS é necessário desenvolver ações que assegurem o acesso dos sujeitos e a integralidade nas ações em saúde. Integralidade é um princípio do SUS que reconhece a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos cabendo ao Estado fornecer condições indispensáveis ao usufruto desse direito promovendo acesso adequado aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Essa integralidade gera expectativa de que os gestores e profissionais de saúde reconheçam os usuários como sujeitos de fato, de direito, e com necessidades básicas que precisam ser atendidas. Porém, a falta de acessibilidade física em algumas UBS compromete a proposta da integralidade como componente fundamental de cuidado em saúde e, conseqüentemente, compromete, também, a produção de sujeitos (FRANÇA et al., 2010).

Ainda que a Carta Magna Brasileira de 1988 garanta saúde como direito universal a ser oferecido pelo Estado, convive-se com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. Entretanto, é possível construir consciência cidadã, derrotar o conformismo social por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade a fim de garantir acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Elaboração de tecnologia educativa capaz de esclarecer e auxiliar os profissionais enfermeiros no tocante a acessibilidade arquitetônica do consultório de enfermagem da UBS é importante, pois conhecendo a estrutura adequada do local de trabalho, estes poderão desenvolver ações de PS e inclusão voltadas às pessoas que apresentem limitações de acesso à Unidade.

O termo tecnologia faz referência aos conhecimentos científicos subjacentes ao processo produtivo, ao saber-fazer, às técnicas, aos recursos, instrumentos e suportes físicos, materiais e midiáticos, aos métodos de construção de um trabalho (NESPOLI, 2013). Neste contexto, a enfermagem se faz presente,

pois assim como as demais áreas da saúde, também elabora e utiliza as tecnologias como uma maneira de assistir sua clientela e, assim, promover autonomia e independência, seja em instituições fechadas, na educação em saúde ou em qualquer ambiente (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013). Elaborar tecnologia com o propósito de promover saúde é também papel do enfermeiro, especificamente com relação a uma cartilha sobre acessibilidade arquitetônica do consultório de enfermagem, que poderá contribuir para que o público, que é muitas vezes excluído, aproxime-se dos serviços de saúde.

A Tecnologia Educacional (TE) pode ser desenvolvida e utilizada pelo enfermeiro. Esta é considerada um conjunto organizado de conhecimentos científicos que favoreçam o planejamento, execução, controle e acompanhamento, abrangendo o processo educacional formal e informal. As TE são divididas em várias modalidades na educação, como: táteis e auditivas, expositivas e dialogais, impressas e audiovisuais (NIETSCHE; TEXEIRA; MEDEIROS, 2014).

Entre estas tecnologias destaca-se o material impresso, este é amplamente utilizado para apresentar questões de saúde e facilitar o processo de ensino-aprendizagem. Pode-se apresentar em forma de folhetos, livretos, folder ou cartilhas e reforçam informações, trazem orientações, auxiliam na tomada de decisões, no desenvolvimento de habilidades e no favorecimento da autonomia (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

As cartilhas educativas podem ser compreendidas como um recurso dedicado a informar sobre direitos, deveres, doenças, dentre outros sendo o conteúdo abordado por meio da divulgação de conceitos e mensagens, bem como de perguntas e respostas, podendo alternar narrativas em quadrinhos e textos didáticos ou informativos com bastante ilustração (CASTRO; LIMA; JUNIOR, 2014). Neste estudo, o enfermeiro irá utilizá-la com vistas a conhecer estrutura arquitetônica adequada à acessibilidade do consultório de enfermagem e, após leitura e estudo, poderá favorecer e providenciar, considerando as possibilidades e limites estruturais de cada unidade, um ambiente mais acessível às PcD.

Interesse em desenvolver tecnologia educativa sobre acessibilidade do consultório de enfermagem surgiu ao participar de pesquisa sobre acessibilidade física das Unidades de Saúde, que ocorreu nas cidades do maciço de Baturité no ano de 2014 e 2015. Ao coletar dados referentes ao Consultório de Enfermagem, através de Registro de Acessibilidade Física, fundamentado na Norma Brasileira

Regulamentadora (NBR) 9050:2004 da ABNT, maioria apresentava-se em total inacessibilidade, impedindo, assim, acesso livre, seguro e independente, não apenas das PcD, mas também de idosos e gestantes (PESSOA et al., 2015). Além disso, enfermeiros, quando questionados sobre a existência da NBR 9050:2015, relatavam o não conhecimento desta e a falta de preparo durante a graduação para atender as PcD no geral.

Desenvolvimento de cartilha sobre acessibilidade arquitetônica do consultório de enfermagem e seu respectivo banheiro poderá promover, aos profissionais atuantes na APS e também aos gestores de saúde, conhecimento sobre a NBR 9050 da ABNT e sua aplicabilidade na estrutura física das UBS. Além disso, a cartilha irá ilustrar situações vivenciadas pelas PcD ao comparecem à Unidade de Saúde para realização de consulta de enfermagem, proporcionando ao profissional de saúde reconhecer as principais dificuldades enfrentadas por esse público quando buscam o serviço básico.

O conhecimento da Norma facilitará o cuidado prestado às PcD na UBS, pois o enfermeiro, dentre outros profissionais, ao conhecer seu ambiente de trabalho e a Norma de acessibilidade existente, poderá ser capaz de identificar possíveis dificuldades no acesso das PcD à unidade e, conseqüentemente, estará preparado para agir como modificador do espaço, seja reorganizando a mobília ou sugerindo reformas estruturais da UBS aos gestores. Com isso, irá promover a saúde de modo a incentivar e melhorar a participação dessas pessoas que, muitas vezes, não comparecem ao serviço devido sua inacessibilidade arquitetônica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Validar tecnologia educativa na modalidade de cartilha sobre Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde, para orientação de enfermeiros e gestores.

2.2 Objetivos específicos

Desenvolver conteúdo com especialistas

Construir Cartilha de Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde

Avaliar conteúdo e aparência da cartilha com especialistas.

3 MÉTODO

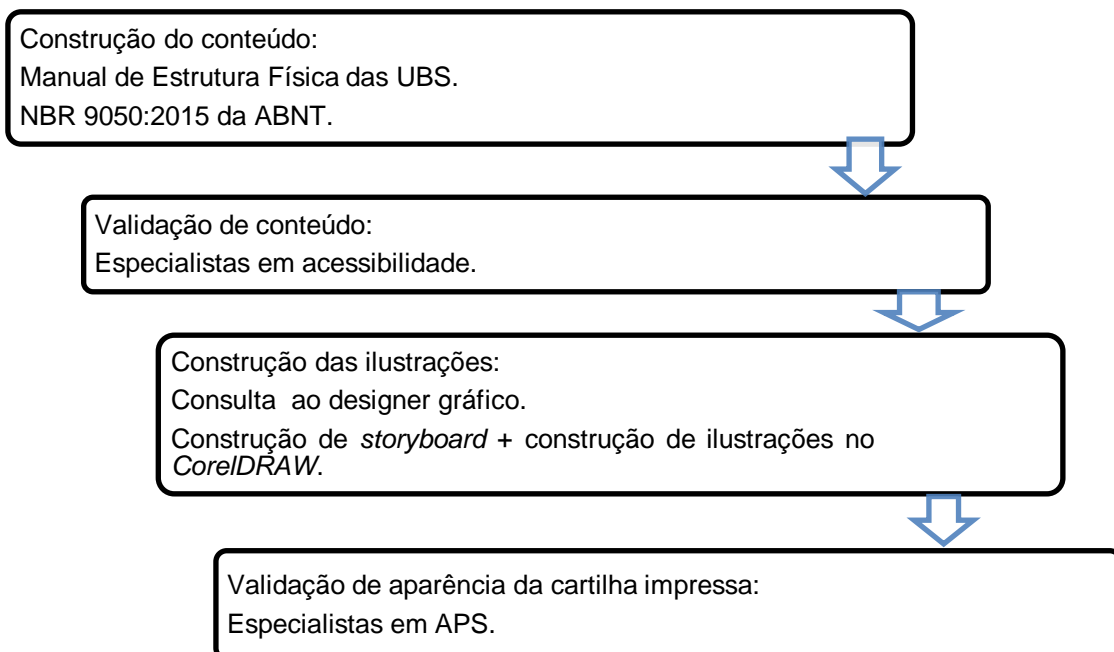
3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de desenvolvimento metodológico, baseado no desenvolvimento e avaliação de cartilha educativa sobre Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da UBS.

A pesquisa metodológica tem como foco o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de um instrumento que possa aprimorar uma metodologia (POLIT; BECK, 2011). A pesquisa de desenvolvimento, por sua vez, objetiva conduzir análises para o desenvolvimento de tecnologias, tais como produtos, processos, políticas e programas educacionais, que sejam úteis e aplicáveis em métodos de ensino-aprendizagem existentes (MATTA; SILVA; BOAVENTURA, 2014).

O referencial metodológico adotado foi de Echer (2005), o qual propõe passos para a construção de manuais para o cuidado em saúde. Tal referencial também é utilizado para o desenvolvimento de cartilhas e foi utilizado por autores em diversas temáticas como Feitoza et al. (2016) e Araújo (2016). Desse modo, o presente estudo foi desenvolvido nas fases que serão elucidadas a seguir.

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas para construção e validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

3.2 Local e período do estudo

Estudo desenvolvido de março a julho de 2018. Conforme divisão em etapas, os locais para a coleta de dados foram diferenciados. Para a construção e validação do conteúdo utilizou-se como local de escolha o Laboratório de Comunicação em Saúde, da Universidade Federal do Ceará (UFC), por seus recursos disponíveis.

A etapa de validação de aparência da cartilha educativa impressa por especialistas APS foi realizada no município de Cruz, na sala de reuniões da Secretaria de Saúde, espaço este autorizado pelo Secretário de Saúde.

3.3 Etapas do estudo

3.3.1 Construção do conteúdo

Conteúdo da cartilha educativa foi construído em forma de roteiro textual levando em consideração, a princípio, aproximação e experiência da pesquisadora com a temática. Dois documentos existentes na literatura foram selecionados para auxiliar e fundamentar essa construção, sendo eles, a NBR 9050 da ABNT, que trata sobre os parâmetros técnicos de acessibilidade a serem considerados em construções e instalações, públicas ou privadas, e o Manual de Estrutura Física das UBS, que descreve a estrutura física mínima de uma UBS (ABNT, 2015; BRASIL, 2008).

Da NBR 9050 da ABNT, foram considerados, especificamente, os parâmetros de acessibilidade estabelecidos nos tópicos: Parâmetros antropométricos, Informação e sinalização, Acessos e circulação, Sanitários, Banheiros e vestiários e Mobiliário. No Manual de Estrutura Física das UBS foi considerado o conteúdo referente ao consultório de enfermagem.

O conteúdo textual da cartilha foi construído de forma clara, breve e visando alcançar uma linguagem acessível ao público-alvo, pois, por se tratar de material predominantemente técnico, foi necessário torná-la o mais atrativo e de fácil compreensão possível.

Roteiro textual foi elaborado contendo história fictícia, abordando a consulta de enfermagem em uma UBS com a presença de uma PcD física.

Considerou-se estrutura mínima do consultório de enfermagem para que a cartilha se tornasse atrativa ao público-alvo, objetiva e não muito extensa, abordando apenas o que é mais relevante em seu interior para o desenvolvimento efetivo das atividades prestadas pelo profissional enfermeiro (BRASIL, 2008).

3.3.2 Validação de conteúdo do roteiro textual por especialistas em acessibilidade

Submeteu-se o roteiro textual da cartilha a validação de conteúdo com especialistas em acessibilidade. A validação de conteúdo é realizada para verificar se os conceitos estão representados de forma adequada e se os itens são representativos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Nesta etapa foi utilizado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES). O instrumento é do tipo check-list e composto por três categorias, a saber: 1. Objetivos: propósitos, metas ou finalidades; 2. Estrutura e apresentação: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência; e, 3. Relevância: significância, impacto, motivação e interesse. Este pode ser utilizado para validar textos de diversos conteúdos (LEITE et al., 2018).

A validade do roteiro textual construído para compor o conteúdo escrito da cartilha considerou o julgamento de especialistas com experiência na temática de acessibilidade. Considera-se especialista uma pessoa que possui prática e/ou habilidade em determinado assunto (FERREIRA, 1999). Portanto, este poderá fazer contribuições pertinentes em estudos de validação na qualidade de juiz, desde que se encaixe, ou seja, atinja os requisitos estipulados pelo autor e possua prática e/ou habilidade no assunto em que o autor esteja realizando o estudo.

Para que o enfermeiro seja considerado especialista, Fehring (1994) aponta critérios. Cada critério, por sua vez, possui uma pontuação. Para ser considerado especialista, entretanto, é imprescindível a obtenção de, no mínimo, cinco pontos. Para a seleção dos juízes em conteúdo, aplicou-se o sistema de pontuação de especialistas utilizado no modelo de Fehring (1994), validado por Jesus (2000) e adaptado pela autora deste estudo, demonstrado a seguir.

Quadro 1 – Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994) validado por Jesus (2000) adaptado. Fortaleza, 2018.

Crítérios	Pontos
Ser Mestre em Enfermagem	04
Ser Mestre em Enfermagem com Dissertação desenvolvida na Área de Interesse*	01
Possuir pesquisas na Área de Interesse*	02
Artigo(s) publicado(s) na Área de Interesse*	02
Doutorado em Enfermagem	02
Possuir prática docente na Área de Interesse*	01
Certificado (especialização) na Área de Interesse*	02

*Área de Interesse: Acessibilidade Arquitetônica. Acessibilidade. Pessoas com Deficiência.
Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Os especialistas foram selecionados por conveniência, do tipo bola de neve, onde aquele que atendia aos critérios indicava outro com características semelhantes.

O número ideal de juízes para compor a amostra varia, não existe um padrão que indique este número. Entretanto, há autores que sugerem a quantidade correta. Hoskins (1989) não faz menção a um determinado número. Lynn (1986) sugere entre três e dez. Pasquali (1997) refere que este quantitativo pode variar entre seis e vinte sujeitos. Já Fehring (1987) recomenda uma amostra entre 25 a 50 especialistas. Além destas recomendações, é considerável uma quantidade ímpar de especialistas com objetivo de evitar empate entre as opiniões (VIANNA, 1982).

Após seleção, foi entregue uma Carta-Convite (APÊNDICE A) pessoalmente, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem desta.

Escolha dos especialistas em conteúdo aconteceu no dia da reunião do Projeto de Pesquisa “Pessoa com Deficiência: investigação do cuidado de Enfermagem” que acontece semanalmente no Departamento de Enfermagem da UFC e do qual a pesquisadora deste estudo integra.

Foram realizados três encontros presenciais com os especialistas selecionados. Em todos os encontros foram disponibilizados o roteiro textual impresso e um instrumento de avaliação, o IVCES (ANEXO A). Ao final de cada encontro, a pesquisadora, juntamente com os juízes, realizava discussão sobre o instrumento a ser validado com objetivo de compreender as sugestões de cada um,

além disso, quando existentes, as sugestões eram detalhadas de forma escrita no próprio instrumento de avaliação.

O instrumento de validação do roteiro textual foi realizado mediante escala Likert, cujo resultado demonstrou a equivalência de conteúdo. Além dos critérios de avaliação, instrumento apresentava espaço destinado para sugestões e críticas.

Para auxiliar no adequado preenchimento do instrumento, os participantes receberam instruções quanto ao seu preenchimento (ANEXO B). As respostas foram avaliadas de acordo com o grau de concordância dos juízes com cada critério estabelecido, de forma que 0 representa “inadequado”, 1 “parcialmente adequado” e 2 representa “adequado”.

3.3.3 Construção da cartilha educativa

Com base no roteiro textual construído e avaliado foi elaborado *storyboard* para a construção da cartilha em si. Em seguida, um designer gráfico foi consultado para construir as ilustrações do material. Para construir aparência, ilustrações foram criadas e utilizadas com objetivo de descontrair, animar e facilitar o entendimento do conteúdo. Foi utilizado o *CorelDRAW Graphic Suíte* para ilustrações, colorização e diagramação. Ao confeccionar as imagens, o designer enviava-as à pesquisadora para aprovação ou realização de alterações.

Os critérios de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) para construção de material impresso foram seguidos quanto à linguagem, ilustração e layout (ANEXO C).

Linguagem trata da forma como o texto está escrito e recomendações que tornam o conteúdo interessante, atrativo e compreensível; em ilustrações recomendam-se desenhos de linhas simples, que enfatizem o conteúdo, imagens fáceis de serem compreendidas pelo público-alvo; layout e design referem-se a fonte e seu tamanho ideal a serem utilizadas no texto, uso adequado de negrito, itálico e sublinhado, além das cores e apresentação das ideias nas páginas da cartilha.

3.3.4 Validação de aparência da cartilha educativa

O pesquisador deve estar preparado para receber críticas a fim de construir uma cartilha educativa que venha a atender as expectativas e necessidades do público que utilizará o material (ECHER, 2005). A avaliação irá proporcionar opiniões, sugestões e adequações contribuindo para possíveis modificações (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

A etapa de validação é indispensável no desenvolvimento de instrumentos, pois é capaz de verificar se o que está representado no mesmo é válido e confiável (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O termo validade diz respeito a um tipo especial de acurácia, sendo considerada o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse (HULLEY et al., 2008).

Análise de aparência foi escolhida dentre os tipos de validação para este estudo. A validação de aparência é importante para que se possa avaliar clareza e compreensão a população à qual se destina (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A cartilha construída foi, então, submetida a validação de aparência por especialistas em APS.

Foi utilizado instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM), construído em 1993 e validado com 172 profissionais de saúde de vários países e culturas diferentes e alunos da University of North Carolina School of Public Health and Johns Hopkins School of Medicine, e recentemente traduzido e adaptado ao português (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). O instrumento consiste em um check-list com seis categorias, a saber: 1.Conteúdo 2.Exigência de alfabetização 3.Ilustrações 4.Leiaute e apresentação; 5. Estimulação/Motivação do aprendizado; 6.Adequação cultural (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015). Como se validou apenas aparência com os enfermeiros, do instrumento foram analisadas as categorias 3, 4, 5 e 6 (ANEXO D).

Após validação do roteiro textual por especialistas em acessibilidade e construção da cartilha com designer gráfico, esta foi submetida ao processo de validação de aparência com especialistas em APS.

A seleção destes também ocorreu de forma intencional. Entretanto, foram selecionados de acordo com o sistema de pontuação de especialistas utilizado no modelo de Fehring (1994), validado por Jesus (2000) e adaptado pela autora deste estudo, demonstrado a seguir.

Quadro 2 – Sistema de pontuação de especialistas no modelo de validação de Fehring (1994) validado por Jesus (2000) adaptado. Fortaleza, 2018

Crítérios	Pontos
Ser Mestre em Enfermagem	04
Ser Mestre em Enfermagem com Dissertação desenvolvida na Área de Interesse*	01
Possuir pesquisas na Área de Interesse*	02
Artigo(s) publicado(s) na Área de Interesse*	02
Doutorado em Enfermagem	02
Possuir prática na Área de Interesse*	01
Certificado (especialização) na Área de Interesse*	02

*Área de Interesse: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica.
Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Após seleção, foi entregue Carta-Convite (APÊNDICE B) pessoalmente, explicando os objetivos da pesquisa.

O contato com os enfermeiros em APS ocorreu de forma presencial, em encontro realizado na Secretaria de Saúde do município de Cruz, autorizado pelo Secretário de Saúde, no mês de Junho de 2018.

Os profissionais que aceitaram participar receberam o material completo de avaliação: cartilha educativa impressa, instrumento para avaliação da cartilha educativa, SAM adaptado. Ao final do encontro, todos devolveram instrumento de avaliação devidamente preenchido.

O instrumento de validação de aparência da cartilha educativa também foi realizado mediante escala Likert, cujo resultado demonstrou a equivalência de conteúdo. As respostas foram avaliadas de acordo com o grau de concordância dos especialistas com cada critério estabelecido, considerando: 0 para “não adequado”, 1 para “adequado”, 2 para “ótimo” e N/A se o critério descrito no instrumento não pode ser avaliado no material.

3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados no Excel versão 10 e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.0, licença 10101151173. Para maior compreensão, os resultados foram organizados em tabelas e quadros.

Foram gerados dois bancos de dados, ambos organizados no programa Excel. O banco de dados da primeira etapa foi obtido com a aplicação do IVCES no processo de validação de conteúdo do roteiro textual e o da segunda etapa foi obtido com a aplicação do SAM adaptado no processo de validação de aparência da cartilha educativa.

Para analisar a validade do conteúdo do roteiro textual foi utilizado o Percentual de Concordância, que para ser considerado satisfatório deve ser de, no mínimo, 80% entre os especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Não se pôde calcular uma medida de confiabilidade nesta primeira etapa de validação, visto que, no terceiro encontro, todas as respostas foram iguais a 2 “adequado”, gerando, dessa maneira, variância zero. Portanto, como as medidas de consistência interna levam em consideração o valor da variância diferente de zero, optou-se por utilizar o Percentual de Concordância.

No processo de validação de aparência da cartilha educativa impressa, por sua vez, utilizou-se o alfa de Cronbach para analisar a consistência interna dos itens. O coeficiente alfa foi descrito em 1951 por Lee J. Cronbach (CRONBACH, 1951). Este é utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, ou seja, avaliar a magnitude que os itens de um instrumento estão correlacionados (CORTINA, 1993).

O valor de alfa varia entre 0 e 1. Assim, considera-se a consistência interna “muito boa” quando o alfa é superior a 0,9; “boa” quando valor de alfa está entre 0,8 e 0,9; “razoável” quando valor de alfa está entre 0,7 e 0,8; “fraca” quando valor de alfa está entre 0,6 e 0,7; e, inadmissível quando alfa menor que 0,6 (PESTANA; GAGEIRO, 2005).

Portanto, os itens analisados na cartilha educativa impressa através do SAM devem obter valor de alfa maior que 0,9 para que o material educativo seja considerado “muito bom” e, conseqüentemente, válido.

3.5 Aspectos éticos

Projeto de desenvolvimento foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC através da Plataforma Brasil. O estudo foi aprovado com o número do parecer 2.554.032 de 21 de março de 2018 (ANEXO E), atendendo, pois o

preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, assinando o TCLE emitido em duas vias (APÊNDICES C e D). O sigilo, anonimato, livre acesso às informações, assim como, liberdade para abandonar a pesquisa a qualquer momento foram assegurados. Estudo não fez distinção de credo ou etnia e tampouco levou em consideração qualquer estigma social na seleção dos participantes.

Além disso, os quatro referenciais básicos da bioética foram incorporados ao estudo: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça com intuito de assegurar os direitos e deveres correspondentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa, levando em conta o respeito pela dignidade e proteção dos direitos humanos de forma consistente (UNESCO, 2005).

4 RESULTADOS

Para melhor compreensão, este capítulo foi dividido em três partes, a saber: construção e validação de conteúdo; construção da cartilha educativa; e, validação de aparência da cartilha educativa.

4.1 Construção e Validação de Conteúdo

4.1.1 Construção do roteiro textual

Roteiro textual foi construído e, após três encontros com os especialistas em acessibilidade, foi considerado válido.

A história envolveu três personagens, Laura, a enfermeira, Daniela, a paciente cadeirante e Francisco, marido de Daniela. O ambiente abordado no roteiro foi o consultório de enfermagem de um UBS e respectivo banheiro. A consulta ginecológica de enfermagem foi escolhida por ser procedimento rotineiro realizado pelo enfermeiro. Entretanto, raras vezes, envolve uma paciente cadeirante. Dessa forma, buscou-se sensibilizar o público-alvo para uma situação diferenciada, no caso, a presença da mulher cadeirante na UBS.

Versão final do roteiro constituído de seis laudas, cujo título foi “Roteiro textual para construção de cartilha educativa”. Foram inseridos diálogos para simular a conversa entre paciente e enfermeiro durante a consulta ginecológica. Porém, o enfoque principal foram as barreiras arquitetônicas presentes no consultório de enfermagem.

Roteiro Textual da Cartilha Educativa

Descrição física dos personagens:

1. Laura, enfermeira assistencial e gerente de uma Unidade Básica de Saúde: pele parda, olhos castanhos, cabelos castanho escuro na altura dos ombros; altura de aproximadamente 1,65cm e peso de 60kg; veste blusa rosa bebê, calça jeans escura, sapato fechado bege e jaleco branco, com todos os botões fechados, por cima da roupa. Utiliza óculos com armação discreta e crachá o qual lhe identifica como enfermeira e gerente da Unidade Básica de Saúde da Família.

2. Daniela, deficiente física, 26 anos: cadeirante; pele clara, olhos pretos, cabelos pretos na altura da cintura; altura de aproximadamente 1,58cm e peso de 64kg; veste blusa regata amarela, calça de tecido azul escuro e sandália fechada.
3. Francisco, acompanhante de Daniela: pele morena, olhos cor de mel, cabelos curtos na cor castanha escura; altura de 1,70cm e peso de 70kg; veste blusa vermelha, calça preta e tênis preto.

1) Certo dia, Daniela procurou atendimento na UBS. Laura ficou surpresa, pois nunca havia atendido uma Pessoa com Deficiência (PcD).

Descrição imagem: Laura na porta do consultório de enfermagem observa Daniela. Esta se encontra no corredor que leva ao consultório de enfermagem. Está acomodada em uma cadeira de rodas preta e Francisco está ao seu lado. Locomove-se sozinha até ter que entrar para o consultório de enfermagem;

Descrição geral do ambiente: porta azul com placa de identificação "consultório de enfermagem"; largura: 72 centímetros; altura 2 metros; Piso comum branco; parede bege; Nas paredes: mural de informes; cartazes do Ministério da Saúde (MS).

2) Daniela não conseguiu entrar no consultório. Você consegue perceber o motivo? Isso mesmo. A largura inadequada da porta não permite a passagem da paciente em sua cadeira de rodas.

Descrição da imagem: Daniela fica parada do lado de fora do consultório. Não consegue entrar para o consultório em sua cadeira de rodas devido largura inadequada da porta; Ênfase na largura inadequada da porta (72 centímetros); Enfermeira no interior do consultório observa dificuldade de Daniela para entrar.

3) Para entrar no consultório, Francisco, companheiro e acompanhante de Daniela, carrega-a no colo. Nesse momento, percebemos o quanto a intimidade e privacidade da paciente foram invadidas.

Descrição da imagem: Francisco com Daniela no colo transfere-a para o interior do consultório enquanto Laura ajuda. Em seguida, coloca a cadeira de rodas fechada para dentro do consultório. Laura abre a cadeira de rodas

ao lado de sua mesa de atendimento e Francisco acomoda Daniela na cadeira de rodas.

4) Daniela acomoda-se em sua cadeira de rodas próximo a mesa para iniciar atendimento. Altura da mesa é inadequada e impossibilita que ela se aproxime. Sabemos o quanto a comunicação é importante durante a consulta de enfermagem. Você consegue se perceber no lugar de Laura?

Descrição da imagem: Daniela sentada em sua cadeira de rodas distante da mesa de Laura. Ênfase para altura inadequada da mesa que impossibilita aproximação. Francisco em pé ao lado de Daniela.

5) Ao realizar anamnese, Laura identifica que Daniela está na faixa etária preconizada pelo MS para realização do exame Preventivo do Câncer de Colo Uterino (PCCU). Nessa situação, por que é importante Daniela realizar o papanicolau? Ela é cadeirante, possui vida sexual ativa e, portanto, necessita, assim como todas as mulheres que estão na faixa etária preconizada pelo MS, realizar o exame que é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e de diagnóstico da doença.

Descrição da imagem: enfermeira sentada em sua cadeira explicando Daniela, sentada na cadeira de rodas, sobre PCCU e demais dúvidas.

6) Após agendamento, Daniela deve retornar à UBS para realizar PCCU. Como enfermeiro de uma UBS, o que você faria para melhorar acessibilidade física do consultório de enfermagem?

Descrição da imagem: Daniela e Laura se despedem até o retorno.

7) Laura decide procurar gestores e demais colegas para explicar seus anseios e dificuldades vivenciados no atendimento. No local em que trabalha, seria possível discutir com gestores sobre mudanças estruturais da UBS em que atua? Você considera que essas mudanças podem ser importantes para inserção das PcD no Sistema de Saúde?

Descrição da imagem: reunião de enfermeiros e gestores discutindo acessibilidade física da UBSF.

8) Laura, com apoio da gestão, programa possíveis mudanças estruturais no consultório e respectivo banheiro de enfermagem e recebe visita de engenheiro civil na UBSF.

Descrição da imagem: visita de engenheiro civil na UBSF. Este realiza análise da estrutura física do consultório e banheiro de enfermagem para passar por reforma. Laura solicita, junto aos gestores, novo mobiliário para tornar seu consultório acessível.

9) Com reforma estrutural e aquisição de mobiliário adequado, Laura reorganiza seu consultório e consegue torná-lo acessível. O que seria possível reorganizar em seu consultório para tornar o atendimento à PcD mais acessível?

Descrição da imagem: vista superior do consultório de enfermagem reorganizado. Destacar mudanças realizadas: largura das portas, disposição dos armários e demais objetos.

10) Daniela retorna à UBS para realizar exame PCCU e percebe que as dificuldades antes vivenciadas diminuíram consideravelmente. Ao olhar a imagem, qual a maior diferença que consegue perceber?

Descrição da imagem: Daniela entra no consultório de enfermagem sem auxílio/intervenção de Francisco. Posiciona-se próximo a mesa de trabalho de Laura e consegue aproximar-se. Comunicação entre profissional e usuária torna-se facilitada e eficaz.

11) Laura cumprimenta-a entusiasmada e inicia anamnese. Após, solicita que ela vá ao banheiro vestir a bata que lá estava para iniciar o exame. Com Daniela à vontade, Laura sente-se mais confiante para realizar consulta de enfermagem.

Descrição da imagem: enfermeira sentada atrás da mesa realizando anamnese. Daniela vai até o banheiro. Observa mudanças realizadas e fica

encantada, pois consegue locomover-se, vestir-se e utilizar o sanitário de forma independente.

OBS: destacar nas imagens parâmetros adotados para tornar ambiente acessível.

Padrões de acessibilidade adotados conforme NBR 9050 da ABNT:

Portas: largura de no mínimo 80cm e altura de no mínimo 2,10m;

Maçanetas: do tipo alavanca, possuir pelo menos 100 mm de comprimento e acabamento sem arestas e recurvado na extremidade, apresentando uma distância mínima de 40 mm da superfície da porta. Instaladas a uma altura que pode variar entre 0,80 m e 1,10 m do piso acabado;

Maca ginecológica: de altura regulável para facilitar transferência da pessoa em cadeira de rodas (P.C.R.) para a mesma. Segundo ABNT a altura de camas deve ser de 46 cm do piso acabado com objetivo de facilitar transferência. Assim, subentende-se que macas ginecológicas de altura regulável devem descer a essa mesma altura;

Mesa de trabalho acessível: garantir Módulo de Referência (M.R.)* posicionado para a aproximação frontal. Garantir circulação adjacente que permita giro de 180° à P.C.R. Possuir tampo com largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,75 m e 0,85 m do piso acabado; largura livre mínima sob a superfície de 0,80 m. Assegurar altura livre sob o tampo de no mínimo 0,73 m, com profundidade livre mínima de 0,50 m, de modo que a P.C.R. tenha a possibilidade de avançar sob a mesa ou superfície.

*Módulo de Referência: projeção de 0,80 m por 1,20 m no piso, ocupada por uma pessoa utilizando cadeira de rodas motorizadas ou não.

Largura para deslocamento em linha reta de P.C.R.: largura mínima de 90 cm para que uma P.C.R. possa se deslocar em linha reta;

No banheiro: circulação que permita giro de 360° da cadeira de rodas (círculo com diâmetro de 1,50 m);

Área livre que garanta transferência lateral, perpendicular e diagonal para a bacia sanitária: projeção livre de 0,8 m x 1,2 m para cada tipo de transferência;

Lavatório: Sem coluna ou com coluna suspensa ou lavatório sobre tampo, em local que não interfira na área de transferência para a bacia sanitária, podendo sua área de aproximação (no máximo 30 cm) ser sobreposta à área de manobra;

Alcance manual para acionamento da válvula sanitária, torneira, puxadores e trincos e manuseio e uso dos acessórios: 40 cm a no máx 1,35 m;

Bacia sanitária: não podem ter abertura frontal e devem estar a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medidas a partir da borda superior sem o assento. Com o assento, esta altura deve ser de no máximo 0,46 m para as bacias de adulto e 0,36 m para as infantis.

Barras de apoio: resistir a um esforço mínimo de 150 kg no sentido de utilização da barra, sem apresentar deformações permanentes; ter empunhadura e estar firmemente fixadas a uma distância mínima de 4 cm entre sua base de suporte. Extremidades fixadas nas paredes ou ter desenvolvimento contínuo até o ponto de fixação com formato recurvado; Junto à bacia sanitária, quando houver parede lateral, instalar barras para apoio e transferência.

Barra reta horizontal com comprimento mínimo de 0,80 m, posicionada horizontalmente, a 0,75 m de altura do piso acabado (medidos pelos eixos de fixação) a uma distância de 0,40 m entre o eixo da bacia e a face da barra. Posicioná-la a uma distância de 0,50 m da borda frontal da bacia.

Barra reta vertical com comprimento mínimo de 0,70 m, a 0,10 m acima da barra horizontal e 0,30 m da borda frontal da bacia sanitária.

Papeleira embutida: deve ser instalada a 55 cm do piso acabado e 20 cm do tampo da bacia sanitária;

Altura máxima do acionamento da válvula de descarga: 1,00 m;

Espelhos: instalados entre 0,50 m até 1,80 m em relação ao piso acabado;

Área de circulação livre: ideal é 1,50 x 1,50m para realização de todos os tipos de transferência para a bacia sanitária; aceitável em sanitários já existentes: 1,50 x 1,20m.

12) Daniela retorna para o consultório após se trocar. Posiciona-se próximo a maca regulável para realizar transferência.

Alguma vez você já viu alguma maca de altura regulável?

Descrição da imagem: Daniela realizando transferência da cadeira de rodas para maca ginecológica de altura regulável.

13) Com auxílio de Laura, Daniela fica em posição ginecológica para realização da coleta. Enfermeira realiza o procedimento e, ao concluir, orienta que Daniela vá ao banheiro trocar-se.

É possível, em seu atual consultório de enfermagem, realizar coleta de PCCU em uma mulher com deficiência? Consegue perceber dificuldades?

Descrição da imagem: Imagem discreta da enfermeira realizando procedimento.

Descrição da imagem: Daniela realizando transferência da maca para cadeira de rodas.

14) Laura explica sobre retorno para Daniela receber resultado do exame.

Descrição da imagem: Laura e Daniela sentadas conversando sobre procedimento realizado.

15) Daniela fica contente com as alterações realizadas no consultório. Parabeniza Laura pela iniciativa. Agora ela consegue se locomover com facilidade e independência dentro do consultório. Não necessita que Francisco carregue-a no colo.

Descrição da imagem: Daniela saindo do consultório de forma independente. Agradece e se despede de Laura.

4.1.2 Validação de conteúdo do roteiro textual com especialistas em acessibilidade

Para validação de conteúdo do roteiro textual, participaram sete enfermeiras especialistas em acessibilidade. Quanto à titulação, havia uma doutora, quatro mestres e duas especialistas. Além disso, todas possuíam produção e pesquisa científica na área de interesse.

Durantes os encontros, o roteiro textual sofreu modificações sugeridas pelos especialistas com a finalidade de transformar o seu conteúdo em acessível e claro ao público da cartilha educativa. As notas atribuídas a cada domínio avaliado no roteiro textual estão apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 – Distribuição da concordância dos especialistas quanto aos domínios avaliados no IVCES no primeiro encontro. Validação de conteúdo do roteiro textual. Fortaleza, 2018.

Domínio IVCES	Escore					
	Parcialmente					
	Adequado		Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%	N	%
Objetivos	22	17,4	13	10,3		
Estrutura e Apresentação	39	30,9	28	22,2	03	2,3
Relevância	17	13,4	04	3,1		
Total (126 itens)	78	61,7	45	35,6	03	2,3

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No primeiro encontro, os especialistas consideraram o conteúdo do roteiro textual válido. Entretanto, 45 itens foram considerados parcialmente adequados. Por esse motivo alterações sugeridas pelos especialistas foram realizadas e segundo encontro agendado para nova avaliação do roteiro.

Tabela 2 – Distribuição da concordância dos especialistas quanto aos domínios avaliados no IVCES no segundo encontro. Validação de conteúdo do roteiro textual. Fortaleza, 2018.

Domínio IVCES	Escore					
	Parcialmente					
	Adequado		Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%	N	%
Objetivos	30	23,8	05	4,2		
Estrutura e Apresentação	49	38,8	20	15,8	01	0,7
Relevância	20	15,8	01	0,7		
Total (126 itens)	99	78,4	26	20,7	01	0,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No segundo encontro, 26 itens foram considerados parcialmente adequados pelos especialistas. Novas sugestões foram realizadas e acatadas e um terceiro encontro agendado.

Tabela 3 – Distribuição da concordância dos especialistas quanto aos domínios avaliados no IVCES no terceiro encontro. Validação de conteúdo do roteiro textual. Fortaleza, 2018.

Domínio IVCES	Escore					
	Parcialmente					
	Adequado		Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%	N	%
Objetivos	35	27,7	-	-	-	-
Estrutura e Apresentação	70	55,5	-	-	-	-
Relevância	21	16,6	-	-	-	-
Total (126 itens)	126	99,8%	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No terceiro encontro, por sua vez, todos os 126 itens avaliados pelos especialistas foram considerados adequados e, assim, roteiro textual foi considerado válido para construir conteúdo da cartilha educativa.

Na tabela 4 demonstra-se o percentual de concordância para cada item avaliado pelos juízes no domínio objetivos no primeiro, segundo e terceiro encontro, respectivamente.

Tabela 4 – Percentual de Concordância dos especialistas em acessibilidade quanto aos itens avaliados no domínio Objetivo no 1º, 2º e 3º encontro. Fortaleza, 2018.

Itens	Percentual de Concordância (%)		
	Encontros		
	1º	2º	3º
Contempla tema proposto	85,7	100	100
Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	57,1	85,7	100
Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	100	71,4	100
Proporciona reflexão sobre o tema	100	100	100
Incentiva mudança de comportamento	85,7	71,4	100

Fonte: Elaborado pela autora. 2018

Quanto aos objetivos do roteiro textual, no primeiro encontro, apenas 57,1% dos especialistas consideraram “adequado ao processo de ensino-aprendizagem”. No segundo encontro este percentual foi maior que 80%, sendo, portanto, considerado válido. No primeiro encontro, nos itens “esclarece dúvidas

sobre o tema abordado” e “incentiva mudança de comportamento”, houve um percentual de concordância de apenas 71,4%. No terceiro encontro, após realização de mudanças sugeridas pelos especialistas, esse percentual foi para 100%.

Tabela 5 demonstra percentual de concordância para cada item avaliado pelos juízes no domínio estrutura e apresentação no primeiro, segundo e terceiro encontro, respectivamente.

Tabela 5 – Percentual de Concordância dos especialistas em acessibilidade quanto aos itens avaliados no domínio estrutura e apresentação no 1º, 2º e 3º encontro. Fortaleza, 2018.

Itens	Percentual de Concordância (%)		
	Encontros		
	1º	2º	3º
Linguagem adequada ao público-alvo	71,4	71,4	100
Linguagem apropriada ao material educativo	71,4	57,1	100
Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	57,1	42,9	100
Informações corretas	57,1	100	100
Informações objetivas	42,9	71,4	100
Informações esclarecedoras	85,7	57,1	100
Informações necessárias	71,4	71,4	100
Sequência lógica das ideias	100	71,4	100
Tema atual	100	100	100
Tamanho do texto adequado	57,1	71,4	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quanto à estrutura e apresentação do roteiro textual, no primeiro encontro sete itens tiveram percentual de concordância inferior a 80%, a saber: linguagem adequada ao público-alvo, linguagem apropriada ao material educativo, linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo, informações corretas, informações objetivas, informações necessárias e tamanho do texto adequado. Apenas o item informações corretas atingiu percentual superior a 80% no segundo encontro. Os demais continuaram abaixo do estipulado para serem considerados válidos.

No terceiro encontro, após sugestões e mudanças realizadas, todos os itens atingiram percentual de concordância superior a 80%, tornando-os válidos para compor interior da cartilha educativa.

Tabela 6 demonstra percentual de concordância para cada item avaliado pelos juízes no domínio relevância no primeiro, segundo e terceiro encontro, respectivamente.

Tabela 6 – Percentual de Concordância dos especialistas em acessibilidade quanto aos itens avaliados no domínio relevância no 1º, 2º e 3º encontro. Fortaleza, 2018.

Itens	Percentual de Concordância (%)		
	Encontros		
	1º	2º	3º
Estimula o aprendizado	85,7	100	100
Contribui para o conhecimento na área	71,4	85,7	100
Desperta interesse pelo tema	85,7	100	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No primeiro encontro, apenas o item “contribui para o conhecimento na área” obteve percentual de concordância inferior a 80%. No segundo encontro, por sua vez, este item alcançou o valor desejado para este estudo.

Após avaliação por especialistas, roteiro foi composto por 15 cenas e respectivas descrições para criação das ilustrações que a representariam na cartilha. Abaixo, no quadro 3, demonstram-se algumas dessas cenas e respectivas descrições.

Quadro 3 – Cenas e respectivas descrições para construção das ilustrações. Roteiro textual para construção de cartilha educativa. Acessibilidade Arquitetônica do consultório de enfermagem e respectivo banheiro da Unidade Básica de Saúde. Fortaleza, 2018.

Cenas	Descrição das cenas
1. Certo dia, Daniela procurou atendimento na UBS. Laura ficou surpresa, pois nunca havia atendido uma Pessoa com Deficiência (PcD).	<i>Laura na porta do consultório de enfermagem observa Daniela. Esta se encontra no corredor que leva ao consultório de enfermagem. Está acomodada em uma cadeira de rodas preta e Francisco está ao seu lado. Locomove-se sozinha até ter que</i>

	<p><i>entrar para o consultório de enfermagem.</i></p> <p><i>Descrição geral do ambiente: porta azul com placa de identificação “consultório de enfermagem”; largura: 72 centímetros; altura 2 metros;</i></p> <p><i>Piso comum branco; parede bege;</i></p> <p><i>Nas paredes: mural de informes; cartazes do Ministério da Saúde (MS); urna branca para avaliação do atendimento;</i></p>
<p>4. Daniela acomoda-se em sua cadeira de rodas próximo a mesa para iniciar atendimento. Altura da mesa é inadequada e impossibilita que ela se aproxime.</p> <p>Sabemos o quanto a comunicação é importante durante a consulta de enfermagem. Você consegue se perceber no lugar de Laura?</p>	<p><i>Descrição da imagem: Daniela sentada em sua cadeira de rodas distante da mesa de Laura. Ênfase para altura inadequada da mesa que impossibilita aproximação. Francisco em pé ao lado de Daniela.</i></p>
<p>10. Daniela retorna à UBS para realizar exame PCCU e percebe que as dificuldades antes vivenciadas diminuíram consideravelmente.</p> <p>Ao olhar a imagem, qual a maior diferença que consegue perceber?</p>	<p><i>Descrição da imagem: Daniela entra no consultório de enfermagem sem auxílio/intervenção de Francisco. Posiciona-se próximo a mesa de trabalho de Laura e consegue aproximar-se. Comunicação entre profissional e usuária torna-se facilitada e eficaz.</i></p>
<p>11. Laura cumprimenta-a entusiasmada e inicia anamnese. Após, solicita que ela vá ao banheiro vestir a bata que lá estava para iniciar o exame.</p> <p>Com Daniela à vontade, Laura sente-se mais confiante para realizar consulta de enfermagem.</p>	<p><i>Descrição da imagem: enfermeira sentada atrás da mesa realizando anamnese. Daniela vai até o banheiro. Observa mudanças realizadas e fica encantada, pois consegue locomover-se, vestir-se e utilizar o sanitário de forma independente.</i></p> <p><i>OBS: destacar nas imagens parâmetros adotados para tornar ambiente acessível.</i></p>

Os especialistas, ao avaliarem o roteiro textual no primeiro e no segundo encontros, realizaram sugestões para sua melhoria (Quadro 4). Como se tratava de sugestões positivas, todas foram acatadas pela pesquisadora e contribuíram para que o roteiro textual fosse considerado válido ao final do terceiro encontro.

Quadro 4 – Sugestões realizadas pelos especialistas em conteúdo. Validação de conteúdo do Roteiro Textual. Fortaleza, 2018.

Encontro	Sugestão de mudança
Primeiro	Reduzir tamanho do texto. Resumir
	Manter linguagem interativa
	Descrever exame ginecológico conforme Ministério da Saúde
	Inserir padrões de acessibilidade
	Enfermeira como personagem principal
	Descrever todos os móveis na história
	Inserir menos vírgulas e mais pontos
	Inserir a gestão de saúde na história
	Padronizar medidas e siglas
Segundo	Padronizar nomenclaturas
	Ser mais objetiva sobre o exame ginecológico
	Diferenciar o nome das personagens da história
	Citar a Norma Brasileira em todo o texto
	Remover palavras repetidas

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

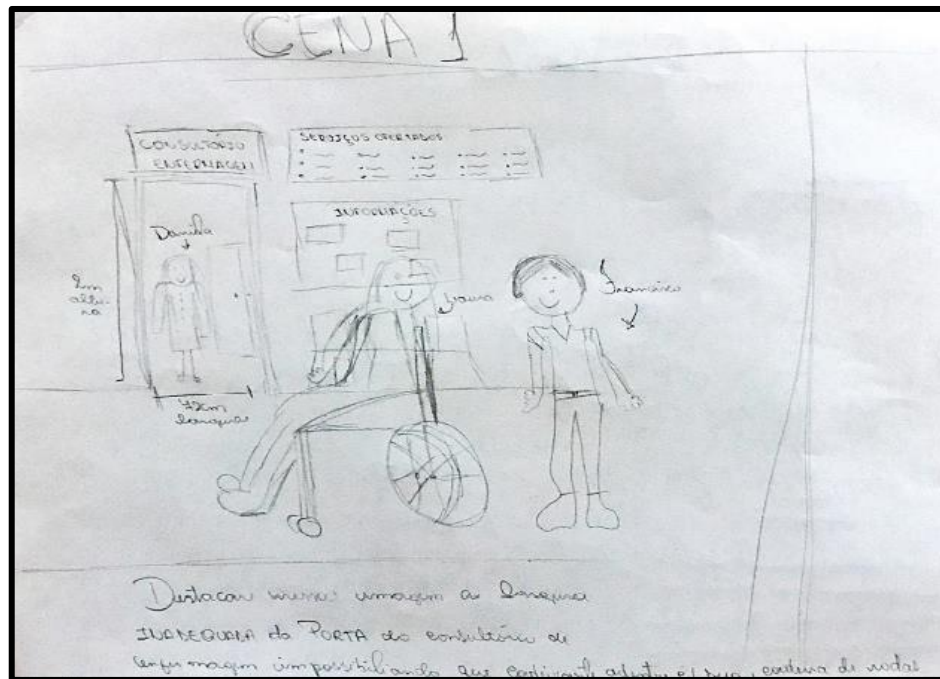
4.2 Construção da Cartilha Educativa

4.2.1 Ilustrações da Cartilha

Com o conteúdo textual da cartilha validado, a pesquisadora entrou em contato com designer gráfico para que as ilustrações da cartilha fossem elaboradas. A primeira solicitação do designer foi a criação de um *storyboard* para facilitar compreensão frente ao que se desejava ilustrar, por se tratar de um material predominantemente técnico.

Pesquisadora, então, desenvolveu *storyboard* de forma manual com as imagens sequenciais da cartilha. Seguem algumas imagens confeccionadas pela autora e as imagens posteriormente recriadas pelo designer gráfico no *Core/DRAW*.

Figura 2 – Esboço da primeira cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.

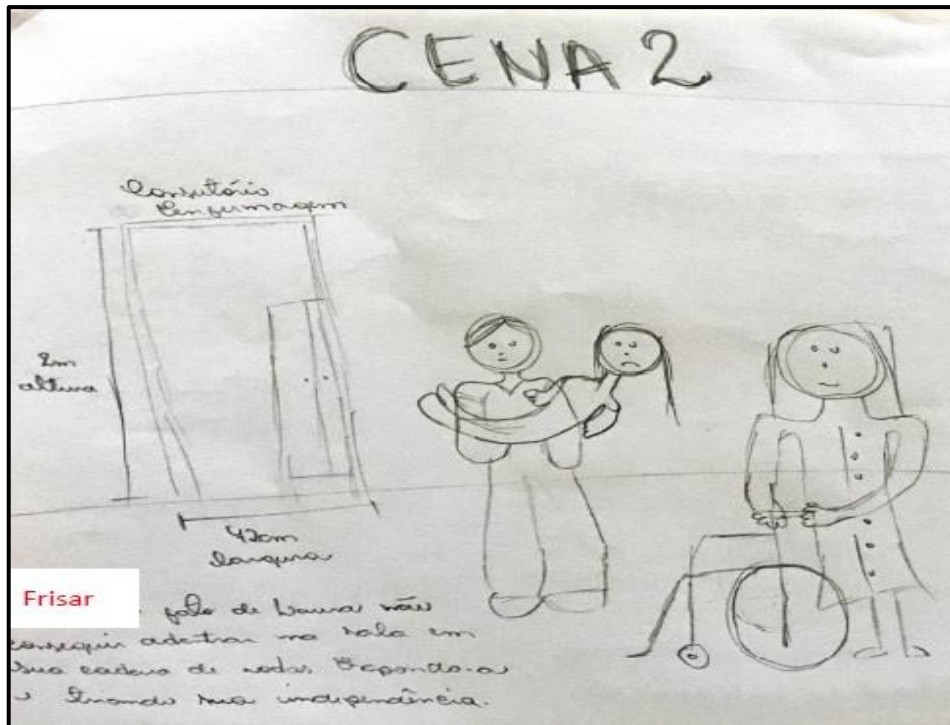


Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Figura 3 – Primeira cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.



Figura 4 – Esboço da segunda cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.

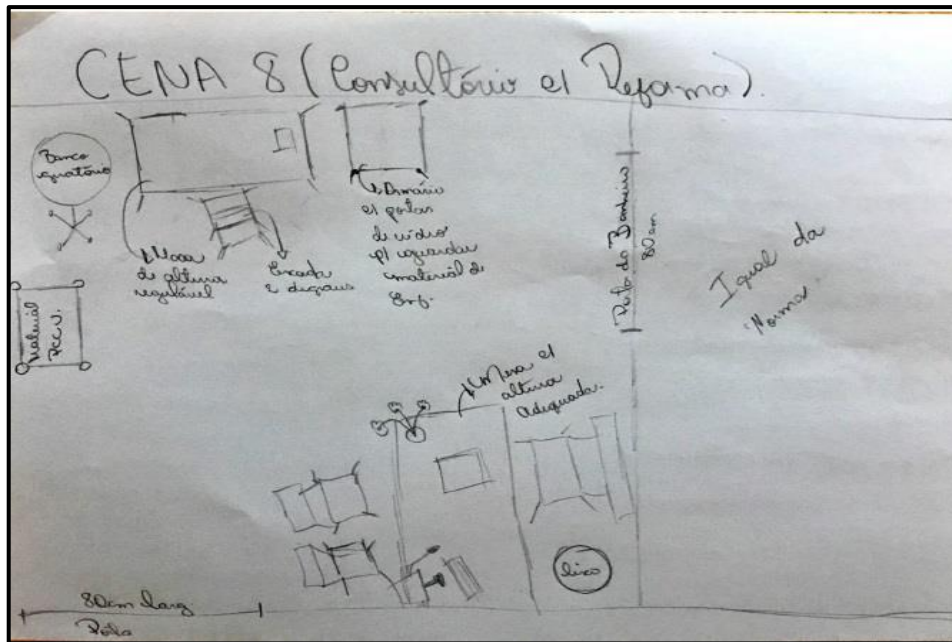


Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Figura 5 – Segunda cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.

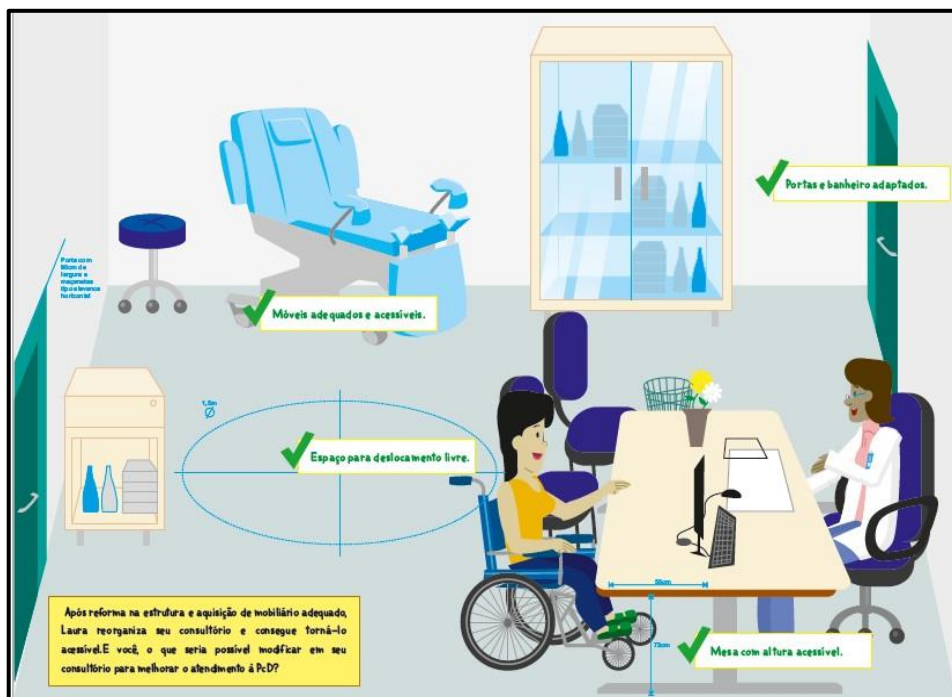


Figura 8 – Esboço da oitava cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.



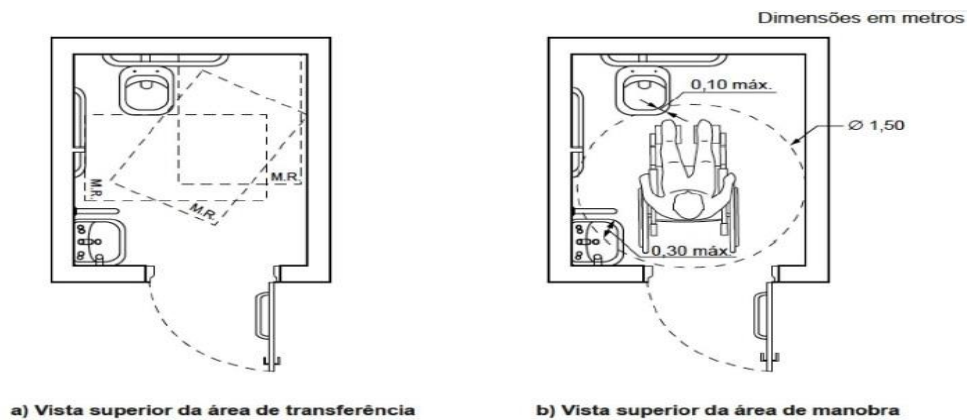
Fonte: Elaborado pela autora. 2018.

Figura 9 – Oitava cena da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.



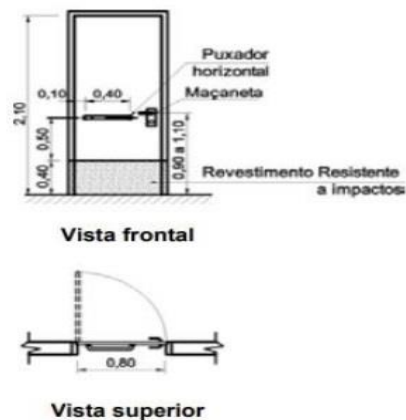
No *storyboard* buscou-se evidenciar os aspectos técnicos de acessibilidade de forma clara e objetiva, a fim de facilitar interpretação e criação das ilustrações pelo designer gráfico. Além dos desenhos criados pela pesquisadora, figuras representativas da NBR 9050 da ABNT também foram selecionadas para facilitar compreensão do designer gráfico na criação das ilustrações no *CoreIDRAW*.

Figura 10 – Vista superior da área de transferência e manobra de banheiro acessível. Fortaleza, 2018.



Fonte: Norma Brasileira Regulamentadora 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. 2015.

Figura 11 – Vista frontal e superior de portas. Fortaleza, 2018.



Fonte: Norma Brasileira Regulamentadora 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. 2015.

Ao total, foram criadas oito cenas para compor o *storyboard* da cartilha. Assim, foi possível auxiliar, juntamente com o roteiro textual, no processo de construção das ilustrações no *CorelDRAW* feitas pelo designer gráfico. Todo material desenvolvido pela pesquisadora, roteiro textual e *storyboard*, foi enviado via e-mail para o designer gráfico iniciar construção das ilustrações da cartilha.

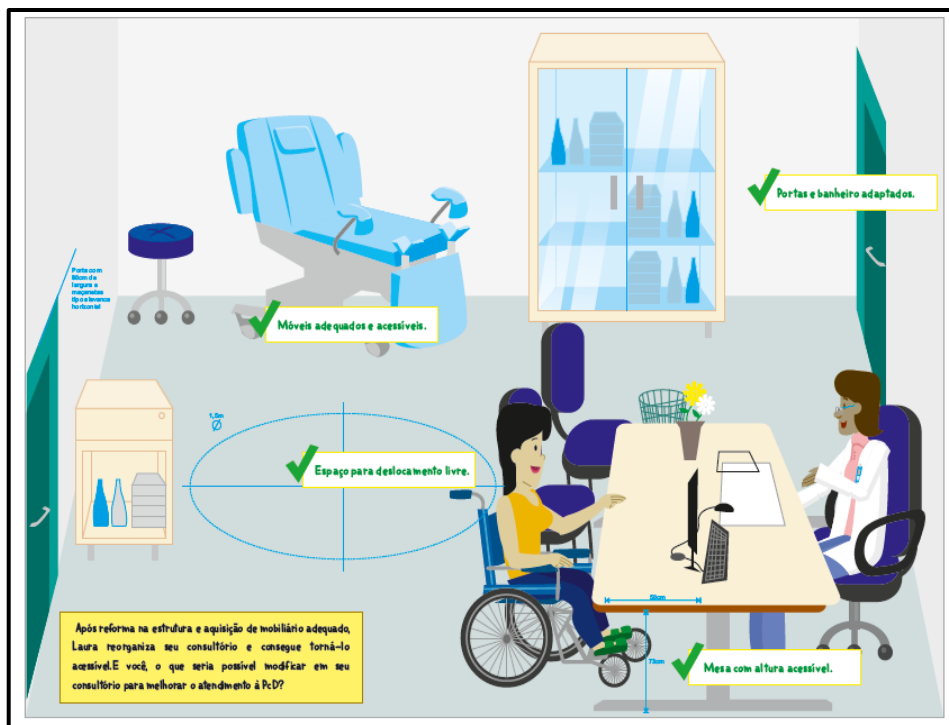
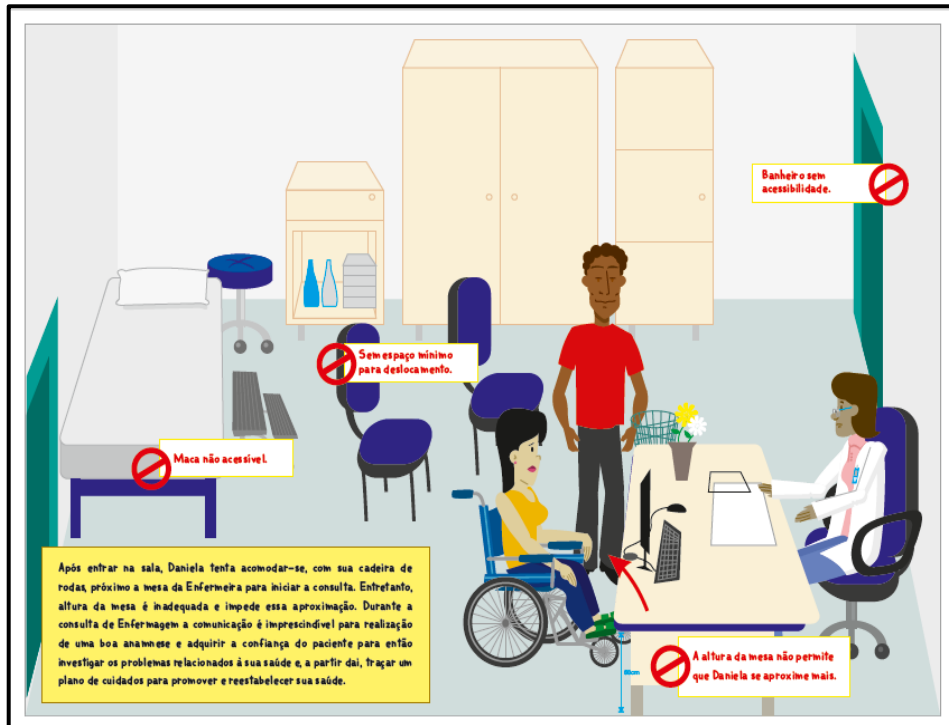
Foram utilizados símbolos e imagens familiares ao público-alvo da cartilha, que permitiram com que as pessoas se identificassem com a mensagem. Como no primeiro momento em que “Daniela” chega à UBS e não consegue adentrar no consultório de enfermagem para que “Laura” dê início a consulta de enfermagem, como pode ser observada na Figura 12.

Figura 12 – Ilustração das imagens familiares ao público-alvo. Fortaleza, 2018.



Símbolos universais, como o de “errado” e “correto” foram utilizados para potencializar informações conforme o exposto na ilustração. Como exemplo, pode-se citar o consultório de enfermagem antes e após reforma e reorganização dos móveis, em que foi destacado como “errado” a maca não acessível, falta de espaço mínimo para deslocamento, banheiro sem acessibilidade e altura na mesa que não permite aproximação da paciente e, destacou-se como “correto” os móveis adequados e acessíveis, espaço para deslocamento livre, portas e banheiros adaptados e mesa com altura acessível, respectivamente.

Figura 13 – Ilustrações representativas do uso do símbolo “errado” e “correto”, respectivamente. Fortaleza, 2018.



4.2.3 Diagramação

A diagramação foi a última etapa de construção da cartilha. Nesta etapa, realizou-se a organização e formatação do material. O programa utilizado para essa etapa foi *CorelDRAW Graphic Suíte*.

Ao final, a cartilha foi composta por 20 páginas. O papel utilizado foi o A4. O título da cartilha foi definido como “Conhecer para mudar: consultório de enfermagem acessível”, visando chamar atenção do leitor/público-alvo sobre o seu principal objetivo: o conhecimento quanto aos parâmetros de acessibilidade. Além do título, também foi exposto na capa o nome da Instituição vinculada a construção da cartilha.

Figura 14 – Ilustração representativa da capa da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.



Na folha de rosto foram colocados os nomes das autoras da cartilha, o título, o objetivo e público-alvo principal do documento: “Cartilha Educativa para orientação de Enfermeiros sobre Acessibilidade Arquitetônica no Consultório de Enfermagem”, edição, local, ano de publicação créditos técnicos e apoio. Ao final da cartilha, acrescentaram-se as referências e espaço para anotações.

Após construção, cartilha foi submetida ao processo de validação de aparência por enfermeiros da APS, etapa descrita a seguir.

4.3 Validação de aparência da cartilha educativa

Para o processo de validação de aparência foram selecionados 11 enfermeiros especialistas em APS, destes oito eram do gênero feminino e três do masculino; com especialização em Atenção Básica/Saúde da Família; todos com experiência profissional há mais de um ano, sendo quatro concursados e os demais contratados pela gestão municipal. Nove desenvolvem serviços em UBS como gerentes, responsáveis técnicos e enfermeiros assistenciais e os outros dois trabalham na Secretaria Municipal de Saúde, um como Coordenador da Atenção Básica e o outro como Coordenador de Imunizações. Todos possuem produção na área de interesse.

Após avaliação da cartilha educativa, foram emitidas notas atribuídas a cada categoria, apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição da concordância dos especialistas em todas as categorias avaliadas no SAM. Validação de aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2018.

Itens	Escore					
	Ótimo		Adequado		Não Adequado	
	N	%	N	%	N	%
Ilustrações	52	36,3	03	2	-	-
Leiaute e apresentação	28	19,5	05	3,4	-	-
Estimulação/Motivação do aprendizado	32	22,3	01	0,6	-	-
Adequação cultural	21	14,6	01	0,6	-	-
Total (143 itens)	133	92,7	10	6,6	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Os enfermeiros especialistas em APS tiveram tendência concordante com a cartilha educativa. Foram obtidas 133 respostas ótimas (92,7%) e 10 respostas adequadas (6,6%), totalizando 99,3%. A cartilha educativa alcançou, portanto, um alto percentual de concordância entre os especialistas em APS, visto que a porcentagem mínima adotada é de 80%.

Ao final do primeiro e único encontro, análise da avaliação demonstrou que a cartilha educativa estava adequada quanto as suas ilustrações, leiaute e apresentação, estimulação/motivação do aprendizado e adequação cultural.

Na tabela 8 demonstra-se a avaliação da confiabilidade interna da cartilha educativa, de acordo com valor de alfa de Cronbach.

Tabela 8 – Validação de aparência da cartilha educativa por especialistas em Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2018.

Categoria	Itens	Alfa se item excluído
	O propósito da ilustração referente ao texto está claro	0,91
	Tipos de ilustrações	0,91
	As figuras/ilustrações são relevantes	0,90
Ilustrações	As listas, tabelas, etc. tem explicação	0,90
	As ilustrações tem legenda	0,90
	Característica do leiaute	0,92
Leiaute e apresentação	Tamanho e tipo de letra	0,92
	São utilizados subtítulos	0,91
	Utiliza a interação	0,91
Estimulação/Motivação do aprendiz	As orientações são específicas e dão exemplos	0,90
	Motivação e auto eficácia	0,91
	É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência	0,91
Adequação cultural	Imagem cultural e exemplos	0,90
Alfa Geral		0,91

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O valor geral de alfa foi de 0,91, ou seja, a consistência interna dos itens avaliados na cartilha foi considerada “muito boa”. Todos os valores de alfa, sendo algum dos 13 itens excluídos, deram superiores a 0,9. Assim, a cartilha educativa foi considerada válida em sua aparência pelos especialistas em APS.

4 DISCUSSÃO

A acessibilidade é uma condição para utilização total ou assistida dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, com segurança e autonomia, por PcD ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004). Para assegurar acessibilidade a todos, em especial as PcD, é necessário que os espaços públicos sejam projetados, eliminando assim obstáculos e barreiras que dificultam a livre circulação das pessoas (GUERREIRO, 2008).

O planejamento adequado dos serviços de saúde, levando em consideração estrutura física, contribui para o processo de trabalho adequado e proporciona maior qualidade e acessibilidade aos usuários que buscam atendimento nos estabelecimentos de saúde (RIBERO et al., 2015).

A proporção de PcD aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos, para 54% do total das pessoas com idade acima de 65 anos. Portanto, pode-se considerar que com o aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional, a quantidade de PcD vem aumentando no Brasil. Dados revelam que há predominância do sexo masculino com deficiência física, mental e auditiva, provavelmente relacionado com o tipo de atividade exercida e ao risco de acidentes. Por outro lado, a prevalência de mulheres com deficiência está mais relacionada com incapacidade de caminhar ou subir/descer escadas – deficiência motora; e, deficiência visual (IBGE, 2010; SILVA et al., 2015).

Os parâmetros estabelecidos na NBR 9050 da ABNT devem ser adotados na construção de espaços públicos e privados, especialmente nestes primeiros, pois devem ser de livre acesso a todas as pessoas e, sobretudo, acessível, visando inserção dessas pessoas no meio social, garantindo o direito à saúde, educação e o de ir e vir estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988.

Entretanto, ao observar estabelecimentos de saúde, em especial aqueles localizados no interior, é notável a falta de acessibilidade física e presença de barreiras arquitetônicas. Diversos estudos realizados demonstram que Hospitais e UBS são construídos sem planejamento e, conseqüentemente, não seguem os padrões estabelecidos na Norma vigente, tornando-se inacessíveis às PcD e pessoas com mobilidade reduzidas (SIQUEIRA, et al., 2009; CASTRO et al., 2011; ROSÁRIO et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2014; CAMPOS et al., 2014).

A NBR 9050 é extensa, contendo 105 páginas, dividida por nove tópicos e 203 subtópicos. Além disso, a linguagem utilizada é técnica, dificultando compreensão por pessoas que não sejam da área da engenharia civil e/ou arquitetura.

Estes profissionais são diretamente responsáveis pela criação e execução de projetos arquitetônicos, que por si são capazes de constituir-se em barreiras físicas à acessibilidade. Em relação a formação profissional, observa-se que no que se refere as questões relacionadas as constantes transformações tecnológicas e econômicas são incorporadas com maior facilidade. Porém, quando se trata ao reconhecimento da função social do ambiente construído, as discussões caminham mais lentamente (COSTA; MEIRA, 2010).

Desse modo, o enfermeiro, como profissional de saúde, educador, gestor de unidades de saúde e promotor da saúde deve conhecer os parâmetros de acessibilidade estabelecidos em norma vigente para que possa participar, mesmo que indiretamente, da elaboração de projetos para construção de unidades de saúde e sua execução.

Assim, material educativo, do tipo cartilha, é importante para auxiliar enfermeiros e gestores de saúde quanto aos parâmetros de acessibilidade do consultório de enfermagem da UBS.

A construção de um roteiro textual foi necessária para esboçar na cartilha, de forma lúdica, os parâmetros de acessibilidade do consultório de enfermagem. Optou-se por criar uma história fictícia tendo como personagem principal “Laura”, enfermeira de uma ESF. Dessa forma, o público-alvo foi estimulado a se identificar com a personagem e se sentir mais próximo de sua realidade.

Quanto à validação de conteúdo do roteiro textual, teve-se o cuidado de selecionar profissionais qualificados. A qualificação profissional é um diferencial na prestação da assistência permitindo ao profissional maior facilidade na execução de tarefas e pensamento crítico (SILVA; FERREIRA, 2011).

Concordância dos especialistas inferior a 80% no primeiro encontro demonstrou que o roteiro textual estava com escrita longa e cansativa, além disso, os passos do exame ginecológico não estavam seguindo as recomendações do MS (BRASIL, 2002).

Já no segundo encontro, a diminuição no percentual de concordância entre os especialistas quanto aos objetivos do roteiro se deu por o texto ter sido

resumido de forma demasiada, tornando-o vago e com informações limitadas. Quanto à linguagem, foi observado que, mesmo por se tratar de um público-alvo com graduação e conhecimento, os especialistas consideraram que esta deveria ser mais simples devido complexidade do conteúdo abordado. Assim, itens foram novamente reformulados conforme sugestões feitas.

Diversas variáveis influenciam no sucesso de intervenções educativas no âmbito da saúde, materiais que possam ser usados como recursos didáticos são uma dessas. É imprescindível que tecnologias educativas sejam construídas a partir de evidências científicas, visando um material de boa qualidade e com conteúdos que facilitem as informações ao público-alvo (RYAN et al., 2014).

O roteiro textual só foi considerado válido no terceiro encontro, pois havia a necessidade de se obter um percentual de concordância elevado. Assim, ao final, percentual de concordância foi de 100%. Este foi superior ao encontrado no estudo desenvolvido por Araújo (2016), o qual correspondeu a 97,4%. Ao considerar a porcentagem mínima de concordância como sendo de 80% entre as respostas, o roteiro textual alcançou alto percentual de concordância.

Diversas sugestões foram realizadas ao roteiro textual pelos especialistas em conteúdo, dentre elas a que mais se destacou foi “manter linguagem interativa”; acredita-se que por se tratar de conteúdo envolvendo valores numéricos e linguagem técnica, desse modo, os especialistas tiveram cuidado em manter o texto com leitura clara e simples.

Termos técnicos e eufemismos devem ser evitados. A linguagem do material deve ser clara, simples e direta. Deve ser evitada a ordem inversa das orações, frases longas e de difícil compreensão, assim como informações que não irão complementar o conhecimento proposto pelo material. Portanto, o uso de um vocabulário adequado à clientela é necessário (SILVA, 2005). O conteúdo deve transmitir a informação e/ou orientação de maneira evidente para que não haja interpretações errôneas pelo público-alvo (OLIVEIRA; CARVALHO; SAWADA, 2008).

O acesso pelas PcD aos serviços de saúde tem sido difícil devido o baixo investimento nas equipes de saúde no sentido da sensibilização e informações sobre as especificidades desse público, bem como estratégias para anular a deficiência, como a garantia de acessibilidade arquitetônica dos ambientes de

saúde. Estratégia também importante é a criação de programas que garantam a equidade (MUNGUBA; VIEIRA; PORTO, 2015).

Em uma UBS, alguns elementos atuam como modificadores e qualificadores do espaço. Recepção sem grades para facilitar comunicação, não intimidar e garantir privacidade ao usuário, existência de placas de identificação dos serviços oferecidos e sinalização dos fluxos, espaços adaptados para as PcD como banheiros, barras de apoio, corrimão, rampas, largura das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins e ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiro são exemplos de componentes modificadores e qualificadores do espaço (BRASIL, 2008).

Promover a qualidade de vida é uma das finalidades da Política Nacional de Promoção da Saúde, além de reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Ações de PS se sobrepõem às de prevenção de doenças (MUNGUBA; VIEIRA; PORTO, 2015). O SUS vem progredindo desde sua criação com reestruturação contínua de suas leis, resoluções, portarias, políticas e programas de saúde, objetivando reafirmar seus princípios e diretrizes além de qualificar a atenção em saúde. Mesmo com avanços, o sistema ainda se caracteriza por visível fragmentação de serviços e ações. A integração na atenção em saúde não constitui tarefa fácil, especialmente em virtude de sua dinâmica complexa, que envolve diferentes níveis de atenção, a saber: primária, secundária e terciária; além de fontes diversas de financiamento, profissionais diversificados, diferença em suas estruturas e tecnologias e, não menos importante, a variedade do público que é usuário desse sistema (ARRUDA et al., 2015).

A APS em relação à secundária e terciária mostra-se incapaz de prestar uma atenção contínua a população. As Redes de Atenção em Saúde (RAS), entretanto, são consideradas sistemas integrados, organizam-se por conjuntos coordenados de pontos para prestar assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência elege como prioridade ações para ampliação do acesso e qualificação da atenção à PcD,

destacam-se: a promoção da identificação precoce das deficiências; criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; e, publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência (OLIVEIRA; GARCIA, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece propósitos gerais, como: proteger a saúde da PcD; reabilitar à PcD na sua capacidade funcional e desempenho humano contribuindo para sua inclusão em todas as esferas da vida social; e, prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. A melhoria ao acesso às estruturas físicas, informações e aos bens e serviços aos usuários com deficiência no SUS, incluem diretrizes dessa Política, visando, assim atender às necessidades individuais de todas as pessoas (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

Dessa forma, cartilha educativa sobre acessibilidade arquitetônica pode contribuir para promover saúde de PcD ao passo que, ao serem disseminados entre o meio profissional, os parâmetros de acessibilidade poderão ser utilizados em reformas e construções de ambientes de saúde, garantindo inclusão autônoma das pessoas nestes meios (MUNGUBA; VIEIRA; PORTO, 2015).

Trabalhadores e gestores de saúde possuem a corresponsabilidade pela organização e funcionamento dos serviços através da participação. É realizando a troca de saberes, compromissos e responsabilidades que será possível estabelecer nova prática que convide para o repensar ético-político da inclusão nos serviços de saúde (SEOANE; FORTES, 2014).

Profissionais de saúde de unidades avaliadas em uma pesquisa informavam que, devido inaccessibilidade física das UBS, quando necessário, atendiam as PcD em seu domicílio, ou seja, a ESF se deslocava até a residência do indivíduo, mantendo-o em isolamento social (MARQUES et al., 2018).

Alguns atendimentos, entretanto, demandam recursos e materiais que só estão disponíveis nas unidades de saúde, como os materiais para a realização do exame preventivo do câncer de colo uterino.

A mulher com deficiência enfrenta preconceitos para viver sua sexualidade, pois habita um corpo que difere dos padrões estéticos vigentes e enfrenta a descrença da sociedade de que não corresponde às expectativas relacionadas ao gênero, como ser mãe, por exemplo. Entretanto, isso não é

verdade, uma vez que mulheres com deficiência querem ter vida sexual ativa e necessitam de atenção em relação à sua saúde sexual e reprodutiva (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

No que tange a construção das ilustrações da cartilha educativa, o *storyboard* foi uma das principais ferramentas utilizadas (OLIVEIRA; AMARAL; BARTHOLLO, 2010). Este é definido como o roteiro a ser seguido para a construção de Objetos de Aprendizagem, como a cartilha desenvolvida neste estudo. As cenas são representadas em forma de desenhos sequenciais, similar a uma história em quadrinhos. A criação do *storyboard* ajuda a visualizar o produto final, podendo evitar erros, frustrações e o tempo de produção (VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007).

As ilustrações, por sua vez, foram realizadas em boa qualidade e definição. Foram dispostas de modo fácil, sequenciais para o leitor segui-las e entendê-las. Além disso, foram dispostas próximas aos textos a que se referem (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

A validação de aparência da cartilha educativa por especialistas em APS considerou a vivência e proximidade desses profissionais com as unidades de saúde. Estes afirmaram que não conheciam a norma de acessibilidade. Além disso, demonstraram interesse em aplicar as orientações da cartilha nas UBS que atuavam, especialmente no consultório de enfermagem.

Foi importante envolver o público-alvo no processo de validação e aparência, mesmo que estabelecendo critérios de seleção, pois, assim, pôde-se levar a cartilha para a realidade na qual se pretende que esta seja utilizada. Além disso, a participação desses profissionais demonstrou o quanto a Norma vigente ainda precisa ser disseminada para que possa ser, de fato, aplicada.

Estudo que procurou validar material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes também obteve confiabilidade superior a 0,9 (alpha de cronbach=0,917). Assim, cartilha também foi considerada válida e confiável (MOURA et al., 2017).

A APS é a principal porta de entrada no sistema de saúde. O espaço físico de uma APS deve ser preparado para acolher em período integral todos os usuários, inclusive aqueles que apresentam deficiências ou mobilidade reduzida (BRASIL, 2013).

Entretanto, estudo realizado por Albuquerque et al. (2014) demonstra que, em relação à acessibilidade arquitetônica, as UBS analisadas no estado de

Pernambuco lançam luz sobre um problema que necessita ser enfrentado. As UBS devem passar por requalificação, eliminação de barreiras arquitetônicas e organizacionais para que possam promover acesso equitativo.

As unidades de saúde devem proporcionar segurança e liberdade para que as PcD possam experimentar o chegar, fazer e descolar-se sem barreiras. Pois, para uma PcD, esse aspecto é uma sensação de estar vivendo de uma forma mais saudável capaz de melhorar a imagem corporal e a autoestima (NASCIMENTO, 2012).

Entretanto, ao observar as cidades brasileiras, nota-se que nem sempre seus espaços apresentam-se acessíveis às pessoas que lá vivem, dando ênfase especialmente aos órgãos ligados ao poder público. A impressão que se tem é de que a maioria delas foi projetada para pessoas jovens e que não apresentam dificuldade de locomoção ou mobilidade reduzida, pois é comum encontrar calçadas irregulares ou mesmo com buracos, praças com barreiras físicas e técnicas, dificuldades de acesso a bancos, farmácias, supermercados, serviços de saúde e áreas de lazer. Essas são as barreiras que prejudicam ou mesmo impedem que uma PcD utilize de forma plena o ambiente em que vive (JUNIOR et al., 2013).

O preparo e conscientização dos profissionais que atuam na área da saúde são escassos. Falta incentivo dos governantes com o intuito de capacitá-los para atender de forma adequada as PcD e também para adequar a estrutura física dos serviços de saúde existentes e a serem construídos (MARTINS et al., 2015).

O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo, especialmente na APS, ao identificar as necessidades de cuidado da população, bem como na proteção e PS de indivíduos, famílias e comunidades. O papel do enfermeiro na APS se desenvolve além da dimensão técnico-assistencialista ou da aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos. O cuidado de enfermagem também se concentra em saberes que consideram as inter-relações e a dinâmica coletivo-social de todos os envolvidos nesse processo (BACKES et al., 2014).

Barreiras arquitetônicas não são apenas um conjunto de rampas e medidas a serem respeitadas, mas também como uma filosofia geral de acolhimento, conforto e facilidade, que integra a PcD no âmbito social através da acessibilidade. Essas barreiras, quando presentes nas unidades de saúde, comprometem a locomoção dos indivíduos em seu interior, colaborando, muitas

vezes, para omissão das PcD em procurar os serviços de saúde (DEMITTO et al., 2010).

A dificuldade no acesso não está ligada apenas a PcD física e sim a todas as pessoas com deficiência de um modo geral ou com mobilidade reduzida. Quase sempre os ambientes de saúde são inacessíveis. Entretanto, a NBR 9050 da ABNT existe e deve ser cumprida para assegurar o acesso aos ambientes físicos e edificações públicas (REBOUÇAS et al., 2011).

5 CONCLUSÃO

Estudo construiu e validou roteiro textual para compor interior de cartilha educativa sobre acessibilidade arquitetônica do consultório de enfermagem de uma UBS e construiu e validou ilustrações desta cartilha. Ambos passaram por processo metodológico, sendo avaliados por especialistas na área temática de interesse.

O roteiro textual foi construído com fundamentação em material existente sobre a área de interesse. Foi validado por especialistas em acessibilidade e mostrou-se válido quando ao seu conteúdo com percentual de concordância entre os juízes de 100%.

Posteriormente, construção das ilustrações foi realizada. *Storyboard* foi criado pela pesquisadora para facilitar compreensão do designer gráfico. Ilustrações foram recriadas no *CorelDRAW*. As imagens da cartilha foram feitas com simplicidade, buscando apresentar o conteúdo abordado de maneira fácil para se compreender. Foi desenvolvida em uma linguagem acessível ao público-alvo: enfermeiros e gestores de saúde.

Após construção, realizou-se validação de aparência com juízes especialistas em APS. A partir da validação com os especialistas, a cartilha educativa foi considerada válida. O nível de concordância foi de 99,3%. Nenhum item avaliado pelos especialistas foi considerado inadequado.

Todas as sugestões realizadas pelos especialistas em acessibilidade no roteiro textual foram acatadas com objetivo único: o de aprimorar o material desenvolvido.

A cartilha foi composta por 20 páginas ao final de todo processo de avaliação. O título da cartilha foi definido como “Conhecer para mudar: consultório de enfermagem acessível”.

A cartilha desenvolvida destina-se para os profissionais da saúde, especialmente enfermeiros atuantes na APS e gestores de saúde com vistas a qualificar possíveis mudanças estruturais desenvolvidas dentro das unidades de saúde, como reformas. Também possa ser utilizada por estudantes de enfermagem para conhecimento da norma de acessibilidade existente e formação do senso crítico voltado ao atendimento das PcD nos serviços de saúde.

A cartilha educativa poderá contribuir como auxílio em reformas ou construções de unidades de saúde, pois, a partir de sua leitura, espera-se que o

leitor sensibilize-se quanto à existência da NBR 9050 da ABNT que deve ser seguida quando houver construção de edifícios públicos ou privados.

Foi um desafio validar o conteúdo da cartilha, pois, por se tratar de um conteúdo técnico e difícil de ser explicado, tornando-se necessário que a etapa de validação de conteúdo acontecesse em três momentos para que este fosse considerado válido.

Atualizações contínuas serão realizadas frente a alterações ou modificações nos padrões estabelecidos na NBR 9050 da ABNT.

No mais, recomenda-se ampla utilização da cartilha educativa com vistas a disseminar o conteúdo abordado, visto que se trata de uma temática pouco explorada na literatura acadêmica e, muitas vezes, desconhecida entre os profissionais que estão na assistência, onde estes agem como modificadores e gestores do ambiente em que se inserem, podendo, assim, contribuir para promoção da acessibilidade das unidades de saúde e conseqüente inserção das PcD de forma autônoma nos serviços de saúde, objetivando atender aos princípios universais do SUS, em especial a equidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F.; MENDES, M. F. M.; MARTELLI, P. J. L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Rev Saúde Debate**, v.38, n.esp, p.182-194, 2014.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumento e medidas. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.
- AMORIM, E. G.; LIBERALI, R. MEDEIROS NETA, O. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, a.34, v.1, p. 224-326, 2018.
- ARAÚJO, M. M. **Construção e validação de cartilha educativa para orientação dos pais sobre asma na infância**. 2016. 115p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R. L.; KOERICH, M. H. A. L.; WINCK, D. R. MEIRELLES, B. H. S.; MELLO, A. L. S. F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, v.19, n.1, p.169-173, 2015.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.
- BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. SALAZARMAYA, A.M. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Aquichan**, v.14, n.4, p.560-570, 2014.
- BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.95-101, 2012.
- BEZERRA, S. T. F.; LEMOS, A. M.; SOUSA, S. M. C.; CARVALHO, C. M. L.; FERNANDES, A. F. C.; ALVES, M. D. S. Promoção da saúde: A qualidade de vida nas práticas da enfermagem. **Enfermería Global**, v.12, n.32, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf. Acesso em: 15 jan. 2018.
- BOLDRINI, P. M.; PESSANHA, J. F.; FRANCISCHETTO, G. P. P. A convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência: a necessidade de adequação do

ordenamento interno. **Derecho y Cambio Social** [Online], 2013. Disponível em: <http://www.derechoycambiosocial.com/revista031/normas_protetivas_da_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**. Manual Técnico. Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004**. Que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 290p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acessado em: 10 mar. 2018.

CABRAL, K. F.; BATISTA, R.S.; FERREIRA, M. A. M.; CERQUEIRA, F.R. Análise da eficiência na Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos profissionais da área. **Rev Gestão Sistemas Saúde**, v.5, n.2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.263>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma

grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Rev Saúde Debate**, v.38, n.esp, p.252-264, 2014.

CASTRO, A. N. P.; LIMA JÚNIOR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, V.13, n.2, p.103-113, 2014.

CASTRO, S. S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; CESAR, C. L. G. Accessibility to health services by persons with disabilities. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.1, p.99-105, 2011.

CINCURÁ, R. N. S. **Promoção da saúde na atenção primária**: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16407/1/DISS%20Rosana%20Cincur%C3%A1.1.%202014.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **J App Psychol**. v. 78, p. 98-104. 1993.

COSTA, A. D. L.; MEIRA, F. A. A importância de formar profissionais comprometidos com a acessibilidade e a inclusão social. **Rev Extensão Cidadã**. 2010. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/23436135-A-importancia-de-formar-profissionais-comprometidos-com-a-acessibilidade-e-a-inclusao-social.html>>. Acesso em: 21 jul.2018.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**., v.16, p.297-334, 1951.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

DANTAS, T. R. A.; GOMES, T. M.; COSTA, T. F.; AZEVEDO, T. R.; BRITO, S. S.; COSTA, K. N. F. M. Communication between the nursing team and people with hearing deficiency. **Rev Enferm UERJ**, v.22, n.2, p.169-174, 2014.

DEMITTO, M. O.; FURLAN, M. C. R.; MAI, L. D.; MARCON, S. S. Percepção do cuidador domiciliar de pessoas com paralisia cerebral sobre barreiras arquitetônicas e acessibilidade. **Cienc Cuid Saúde**, v.9, n.4, p.651-659, 2010.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**., v.13, n.5, p.754-757, 2005.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v.16, n.6, p.625-629, 1987.

FEITOZA, S. M. S.; REBOUÇAS, C. B. A.; SILVA, M. G.; RIBEIRO, S. B. Mothers' perceptions of care practices for children who underwent heart. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 50, n. 1, p. 36-42, 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIRA, E. **Introdução à psicologia e pessoas com deficiência**: a construção de um novo relacionamento! São Paulo: Edição do Autor, 2014.

FRANCA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S.; FRANÇA, E. G.; COURA, A. S.; SOUZA, J. A. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.6, p.964-970, 2010.

FREITAS, C. A. S. L.; SILVA, M. J.; VIEIRA, N. F. C.; XIMENES, L. B.; BRITO, M. C. C.; GUBERT, F. A. Evidências de ações de enfermagem em promoção da saúde para um envelhecimento ativo: revisão integrativa. **Estud Interdiscipl Envelhec.**, v.15, n.2, p.265-277, 2010.

GARBE, D. S. Acessibilidade às pessoas com deficiência física e a Convenção Internacional de Nova Iorque. **Rev Unifebe** (Online), v.1, n.10, p.95-104, 2012.

Disponível em:

<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/3/2>

Acesso em: 16 jun. 2018.

GARCIA, P. B. M.; RAIÁ JR, A. A. Análise da acessibilidade a hospitais: Estudo de caso para as cidades de São Carlos (SP) e Rio Claro (SP). **Rev Bras Gest Urbana**, v.7, n.1, p.21-47, 2015.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.2, p.378-384, 2011.

GUERREIRO, P. J. **Adequação de calçadas e travessias às condições mínimas de acessibilidade**: um procedimento para estimativa de custos de serviços e obras. 2008. 118p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Exatas e de Tecnologias, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Urbana. São Carlos, 2008.

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROL-JOHNSON, R. M. et al. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARTS, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010: Pessoas com Deficiência.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm>. Acesso em: 10 jan. 2018.

JUNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde para Debate**, n.51, p.14-29, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 25 dez. 2017.

JÚNIOR, R. C. F.; ARÊAS, G. P. T.; ARÊAS, F. Z. S.; BARBOSA, L. G. Estudo da acessibilidade de idosos ao centro da cidade de Caratinga, MG. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.16, n.3, p.541-558, 2013.

LEITE, S. S.; ÁFIO, A. C. E.; CARVALHO, L. V.; SILVA, J. M.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F. Construction and validation of na Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, sup. 4, p. 1635-1641, 2018.

LOMBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MARQUES, J. F.; ÁFIO, A. C. E.; CARVALHO, L. V.; LEITE, S. S.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F. Physical accessibility in primary healthcare: a step towards the embracement. **Rev Gaúcha Enferm.** v.39, p. e2017-0009, 2018.

MARTINS, K. P.; COSTA, K. N. F. M.; REZENDE, L. C. M.; GOMES, T. M. DANTAS, T. R. A.; SANTOS, S. R. Percepção da equipe de enfermagem acerca da acessibilidade física e de comunicação de pessoas com deficiência visual. **Cienc Cuid Saude**, v.12, n.2, p.1019-1026, 2015.

MATTA, A. E. R.; SILVA, F. P. S.; BOAVENTURA, E. M. Design-based research ou pesquisa de desenvolvimento: metodologia para pesquisa aplicada de inovação em educação do século XXI. **Rev FAEEBA**, v.23, n.42, p.23-36, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana em Saúde, 2011.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

- MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v.56, n.2, p.184-188, 2003.
- MOURA, I. O.; SILVA, A. F. R.; ROCHA, A. E. S. H.; LIMA, L. H. O.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, A. R. V. Construction and validation of educational materials for the prevention of metabolic syndrome in adolescents. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.25, p.e.2934, 2017.
- MUNGUBA, M. C. S.; VIEIRA, A.C.V.C.; PORTO, C. C. V. Da invisibilidade à participação social: Promoção da Saúde em Pessoas Com Deficiência. **Rev Bras Prom Saúde**, v.28, n.4, p.463-465, 2015.
- NASCIMENTO, V. F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Rev Eletr Gestão Saúde**, v.3, n.3, p.1031-1044, 2012.
- NESPOLI, G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. **Interface**, v.17, n.47, p.873-884, 2013.
- NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.863-872, 2013.
- NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)?** Porto Alegre: Moriá, 2014.
- OLIVEIRA, A. E. F.; GARCIA, P. T. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. São Luís: **EDUFMA**, 2017. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes04.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.
- OLIVEIRA, K. A.; AMARAL, M. A.; BARTHOLO, V. F. Uma experiência para definição de storyboard em metodologia de desenvolvimento colaborativo de objetos de aprendizagem. **Ciênc Cogn**, v.15, n.1, p.19-32, 2010.
- OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.1, p.115-123, 2008.
- OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Assessment of an educational technology in the string literature about breastfeeding. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.201-208, 2013.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-1797, 2011.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB, 1997.

- PESSOA, A. T.; LIMA, B. S.; PAGLIUCA, L. M. F.; OLIVEIRA, P. M. P.; SOUSA, L. B.; ALMEIDA, P. C.; CARVALHO, L. V.; ÁFIO, A. C. E. Structural Accessibility of Gynecological Nursing Clinics for Users with Motor Disabilities in Basic Health Units. **Open J Nurs**, v. 5, p. 900-908, 2015.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS**. Edições Sílado: Lisboa, 2005.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
- REBOUCAS, C. B. A.; CEZARIO, K. G.; OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. People with physical and sensory deficits: perceptions of undergraduate nursing students. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.1, p.80-86, 2011.
- RIBEIRO, J. P.; MAMED, S. N.; SOUZA, M. R.; SOUZA, M. M.; ROSSO, C. F. W. Accessibility to primary health care services in the state of Goiás. **RevEletr Enf.** v.17, n.3, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29436/20740>>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- ROCHA, D. G.; ALEXANDRE, V. P.; MARCELO, V. C.; REZENDE, R.; NOGUEIRA, J. D.; SÁ, R. F. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.
- ROSÁRIO, S. S. D.; FERNANDES, A. P. N. L.; BATISTA, F. W. B.; MONTEIRO, A. I. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.3, p.740-74, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19272>. Acesso em: 15 jul.2018.
- RYAN, L.; LOGSDON, M.C.; MCGILL, S.; STIKES, R.; SENIOR, B.; HELINGER, B.; Small, B.; Davis, D. W. Evaluation of printed health education materials for use by low-education families. **J Nurs Scholarsh.** v.46, n.4, p.218-228, 2014.
- SANTOS, I. J. P.; MELLO, L. F. M. A acessibilidade e o direito à educação para a pessoa com deficiência física. **Rev da Faculdade de Direito da AJES**, v.5, n.5, 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/lurisprudencia/article/view/190/83>>. Acesso em: 05 jan. 2018.
- SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convenc_aopessoacomdeficiencia.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. Physicians and nurses' perception of the outpatient medical care regarding humanization in health services. **Saúde Soc.** v.23, n.4, p.1408-16, 2014.

SILVA JUNIOR, E. S.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; FONSECA, A. C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev Bras Saude Mater Infant.**, v.10, supl.1, p.49-60, 2010.

SILVA, D. C. N.; SILVA, T. M.; NOGUEIRA, M. S.; MENDONÇA, R. M. C. M.; VALENTE, P. H. F.; ARAÚJO, R. F.; ALVES, A. G.; ALVES, F. F. V. B. Acessibilidade de portadores de deficiência física ou mobilidade reduzida na Unidade Básica de Saúde Jonas Manoel Dias em São Luís de Montes Belos – GO. **Rev Faculdade Montes Belos**, v.8, n.3, p.36-60, 2015.

SILVA, G. R. F. **Estimulação visual**: prática educativa com mães na enfermaria mãe-canguru. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2005.

SILVA, L. O. L.; DIAS, C. A.; SOARES, M. M. S.; RODRIGUES, S. M. Acessibilidade ao Serviço de Saúde: Percepções de Usuários e Profissionais de Saúde. **Cogitare Enferm**, v.16, n.4, p.654-660, 2011.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.1, p.98-105, 2011.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **CiêncSaúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 39-44, 2009.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Translation and adaptation of the instrument "Suitability Assessment of Materials" (SAM) into portuguese. **Rev Enferm UFPE Online**, v. 9, n. 5, p. 7854-61 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6766/pdf_7810. Acesso em: 12 fev. 2018.

SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Perceptions of nurses regarding their work in the family health strategy. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.3, p.772-779, 2013.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 25 jan. 2018.

UNRIC – Centro Regional de Informação das Nações Unidas. **Alguns factos e números sobre as pessoas com deficiência**, 2015. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/pessoas-com-deficiencia/5459>. Acesso em: 10 mar. 2018.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V. E.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. centro interdisciplinar de novas tecnologias na educação. **Rev Novas Technol Educ.**, v.5, n.2, p. 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/14199/8126> Acesso em: 25 jan. 2018.

VIANNA, H. M. **Testes em educação**. São Paulo (SP): IBRASA, 1982.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS PARA VALIDAÇÃO DO ROTEIRO TEXTUAL

Caríssimos,

Eu, Ana Talyne Pessoa, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca estou desenvolvendo dissertação intitulada **“Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde – Construção e Validação de Cartilha”** que pretende validar conteúdo e aparência de cartilha educativa.

Considerando sua especialidade, gostaria de convidá-lo (a), na qualidade de especialista, a avaliar conteúdo da cartilha construída empregando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES). Estes se encontram em anexo.

Ressalto a relevância de seus conhecimentos e experiências para aprimorar a cartilha que está sendo construída. O presente trabalho está aberto a suas críticas e sugestões.

Caso aceite este convite preencha os dados de identificação e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, peço que, em um prazo de 5 dias, realize sua contribuição e me encaminhe sua avaliação.

Desde já agradeço sua participação

Cordialmente,

Ana Talyne Pessoa

APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS DE APARÊNCIA

Caríssimos,

Eu, Ana Talyne Pessoa, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e orientanda da Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca estou desenvolvendo dissertação intitulada **“Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde – Construção e Validação de Cartilha”** que pretende validar aparência de cartilha educativa.

Considerando sua especialidade, gostaria de convidá-lo (a), na qualidade de especialista, a avaliar aparência da cartilha construída empregando *Suitability Assessment of Materials* (SAM), adaptado, o qual foi recentemente traduzido para o português (SOUSA; TURRINI; POVEDA, 2015). Estes se encontram em anexo.

Ressalto a relevância de seus conhecimentos e experiências para aprimorar a cartilha que está sendo construída. O presente trabalho está aberto a suas críticas e sugestões.

Caso aceite este convite preencha os dados de identificação e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, peço que, em um prazo de 5 dias, realize sua contribuição e me encaminhe sua avaliação.

Desde já agradeço sua participação

Cordialmente,

Ana Talyne Pessoa

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - ESPECIALISTAS EM CONTEÚDO

Você está sendo convidado por Ana Talyne Pessoa como participante da pesquisa intitulada “Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde: construção e validação de cartilha”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Você deverá avaliar o conteúdo do roteiro textual empregando Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES). Os documentos necessários ao processo de validação (roteiro textual e IVCES) serão enviados via e-mail, correios ou pessoalmente, como preferir. Após sua contribuição, os documentos deverão ser devolvidos ao pesquisador da mesma maneira.

Caso concorde, você deverá assinar este TCLE e me enviar em um prazo de até sete dias para que se inicie o processo de validação.

A pesquisa tem como objetivo validar tecnologia educativa, *Cartilha de Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem e seu respectivo banheiro da Unidade Básica de Saúde*, para orientação de enfermeiros e gestores de saúde.

Especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um deles. Portanto, gostaria de lhe convidar a participar da referida avaliação uma vez que seus conhecimentos são extremamente relevantes para realização do estudo mencionado.

A pesquisa não lhe causará danos físicos. Os riscos que poderão estar presentes estarão relacionados a um possível cansaço. Como benefícios, você poderá contribuir no aprimoramento de instrumentos relacionados à área da saúde.

Os resultados obtidos serão utilizados somente nessa pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa é livre, ou seja, você poderá desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga penalidades ou prejuízos. Seu nome não será revelado em nenhum momento do estudo, exceto aos responsáveis pela pesquisa.

Não há despesas financeiras para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira por sua participação.

A qualquer momento do estudo, dúvidas poderão ser esclarecidas pelo profissional responsável pela pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Ana Talyne Pessoa

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC).

Endereço: Av. Rogaciano Leite, 200. Apto 701, bl tulipe.

Telefones para contato: (85) 99779-5275

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS ESPECIALISTAS EM APARÊNCIA

Você está sendo convidado por Ana Talyne Pessoa como participante da pesquisa intitulada “Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde: construção e validação de cartilha”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Você deverá avaliar a aparência do manual construído empregando o *Suitability Assessment of Materials* (SAM) adaptado. Os documentos necessários ao processo de validação (cartilha e SAM) serão enviados via e-mail, correios ou entregues pessoalmente, como preferir. Após sua contribuição, os documentos deverão ser devolvidos ao pesquisador da mesma maneira.

Caso concorde, você deverá assinar este TCLE e me enviar em um prazo de até sete dias para que se inicie o processo de validação.

A pesquisa tem como objetivo validar tecnologia educativa, *Cartilha de Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem e seu respectivo banheiro da Unidade Básica de Saúde*, para orientação de enfermeiros, estudantes de enfermagem e gestores de saúde.

Especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um deles. Portanto, gostaria de lhe convidar a participar da referida avaliação uma vez que seus conhecimentos são extremamente relevantes para realização do estudo mencionado.

A pesquisa não lhe causará danos físicos. Os riscos que poderão estar presentes estarão relacionados a um possível cansaço. Como benefícios, você poderá contribuir no aprimoramento de instrumentos relacionados à área da saúde.

Os resultados obtidos serão utilizados somente nessa pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa é livre, ou seja, você poderá desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga penalidades ou prejuízos. Seu nome não será revelado em nenhum momento do estudo, exceto aos responsáveis pela pesquisa.

Não há despesas financeiras para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira por sua participação.

A qualquer momento do estudo, dúvidas poderão ser esclarecidas pelo profissional responsável pela pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Ana Talyne Pessoa

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC).

Endereço: Av. Rogaciano Leite, 200. Apto 701, bl tulipe.

Telefones para contato: (85) 99779-5275

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES)

Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde constitui-se de Instruções para preenchimento e Itens de Avaliação do conteúdo quanto a Objetivos, Estrutura e Apresentação e, Relevância. Quando aplicado a um determinado conteúdo será acompanhado de informações sobre tema, público alvo e circunstância de aplicação.

Instruções e itens de avaliação do conteúdo

Leia os itens e pontue com a valoração **2 Adequado; 1 Parcialmente adequado; 0 Inadequado**. Há espaço para sugestões e críticas. Caso atribua notas 0 e 1 justifique e colabore para melhoria do material.

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades.	0	1	2
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			

Sugestões/críticas:

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência.	0	1	2
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			

Sugestões/críticas:

RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse.	0	1	2
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

Sugestões/críticas:

ANEXO B – INSTRUÇÕES GERAIS PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES)

Para avaliação de conteúdo educativo foi construído e validado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) por Leite (2017). Poderá ser utilizado em diversificados conteúdos. Cada item do instrumento será mensurado pelas notas atribuídas por especialistas na área do conteúdo de interesse variando de 0 a 2 pontos. Antes da aplicação do IVCES oriente cada participante sobre seu preenchimento. É fundamental que você diga a cada especialista que o instrumento é generalista, ou seja, não terá informações sobre tema, público alvo e na circunstância de aplicação terá associado ao instrumento, as respectivas explicações.

PASSO A PASSO DA APLICAÇÃO DO IVCE EM MOMENTO PRESENCIAL OU A DISTÂNCIA

1ª Passo: Na coleta de dados por meio da utilização do IVCE, presencialmente ou via e-mail, é necessário que o aplicador do instrumento se apresente ao (s) especialista (s) e explique o motivo para aplicação do instrumento.

2ª Passo: Em seguida, conceda o IVCE para ao (s) especialista (s) e mostre que instrumento possui 18 itens com divisões em 3 domínios. Domínio “objetivo” compõe-se dos propósitos, metas ou finalidades que se desejam com a utilização. “Estrutura e apresentação” referem-se à organização geral, estrutura, estratégia, coerência e suficiência das apresentações. Por fim, “relevância” é a característica que avalia o grau de significação do conteúdo educativo apresentado, capacidade do conteúdo em causar impacto, motivação e/ou interesse.

3ª Passo: Diga ao (s) especialista (s) que para aplicação do instrumento existem três opções de resposta. As opções vão de 0, que significa que você considera inadequado; 1 que você considera parcialmente inadequado e 2 que você considera adequado.

4ª Passo: Pergunte se o (s) especialista (s) possuem alguma dúvida antes de preencherem o IVCE. Caso possuam dúvidas, elucide-as. Se não houver dúvidas, peça-o (s) para preencherem o instrumento.

5ª Passo: Caso julguem necessário, deverão incluir comentários e /ou sugestões.

6ª Passo: Solicite, com gentileza, a devolução do instrumento. Caso seja via correio eletrônico estabeleça prazo de 10 a 20 dias.

7ª Passo: Caso o especialista não entreguem a avaliação no prazo estipulado, reenvie outro e-mail de lembrete para que haja o agendamento de um segundo prazo de forma que não comprometa o andamento da pesquisa.

8ª Passo: Após devolução do IVCE preenchido, agradeça a colaboração do especialista na pesquisa.

ANEXO C – CRITÉRIOS DE MOREIRA, NÓBREGA E SILVA (2003) PARA CONSTRUÇÃO DE MATERIAL IMPRESSO

LINGUAGEM:
Foram utilizadas informações de fontes e autores confiáveis e apropriados ao contexto sócio-econômico e cultural do público-alvo
Foram desenvolvidas uma ideia por vez para evitar confusão ao leitor
Listas longas foram evitadas, uma vez que, geralmente, os leitores esquecem itens de listas muito longas
Conceitos e ações foram apresentados em ordem lógica
Exemplos foram utilizados para clarificar o que estava sendo descrito;
Apenas as informações necessárias foram incluídas
Foi destacada a ação positiva, evidenciando ao leitor o que é correto em relação a temática abordada
Palavras curtas foram utilizadas sempre que possível
O estilo conversacional foi utilizado, pois é considerado mais natural e fácil de ser lido e compreendido
O uso de jargões, termos muito técnicos e específicos foram evitados e quando utilizados seus significados foram explicados
Palavras simples e familiares foram utilizadas; abreviaturas, acrônimos e siglas evitadas
Perguntas curtas foram realizadas para aumentar interação com o leitor
Espaço em branco para anotações, dúvidas, questionamentos e pontos importantes foi deixado no fim da cartilha
ILUSTRAÇÕES
Ilustrações que explicam e enfatizam os pontos e ideias importantes do texto foram selecionadas
Ilustrações abstratas e apenas com função decorativa foram evitadas;
Figuras e desenhos estilizados foram evitados
Ação e comportamento esperados do leitor ao invés do que deve ser evitado foram utilizados
Desenhos de linhas simples foram adotados
Partes do corpo para ilustrar itens relacionados a saúde não foram utilizados
Imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem foram escolhidos
As características étnicas e raciais do público-alvo foram consideradas;
As ilustrações foram dispostas de modo fácil para o leitor segui-las e entendê-las
Apenas os pontos mais relevantes foram ilustrados a fim de evitar material muito denso
As ilustrações foram colocadas próximas aos textos aos quais elas se referem
LAYOUT E DESIGN
Fonte 14, no mínimo, foi utilizada por se tratar de um material destinado ao público adulto
Fontes estilizadas e maiúsculas foram evitadas por dificultar a leitura
Itálico, negrito e sublinhado foram usados apenas para os títulos ou destaques
Cores foram utilizadas com sensibilidade para evitar várias cores no material
Uma capa atrativa foi feita
Na capa, foi destacado a mensagem principal e o público alvo, permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização
As ideias foram apresentadas de forma completa numa página ou nos dois lados da folha, para evitar que o leitor, ao virar a página, esqueça a primeira parte apresentada.

ANEXO D – “Suitability Assessment of Materials” (SAM) – adaptado

Material a ser avaliado: *Cartilha de Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem e respectivo banheiro da Unidade Básica de Saúde.*

- 2 pontos para ótimo
- 0 ponto para não adequado
- 1 ponto para adequado
- N/A se o fator não pode ser avaliado

Nº do especialista: _____

Fator a ser avaliado	Pontuação			
	Ótimo	Não adequado	Adequado	N/A
3 – Ilustrações:				
(a) O propósito da ilustração referente ao texto está claro				
(b) Tipos de ilustrações				
(c) As figuras/ilustrações são relevantes				
(d) As listas, tabelas, etc. tem explicação				
(e) As ilustrações tem legenda				
4 – Leiaute e apresentação:				
(a) Característica do leiaute				
(b) Tamanho e tipo de letra				
(c) São utilizados subtítulos				
5 – Estimulação / Motivação do aprendizado:				
(a) Utiliza a interação				
(b) As orientações são específicas e dão exemplos				
(c) Motivação e autoeficácia				
6 – Adequação cultural:				
(a) É semelhante a sua lógica, linguagem e experiência				
(b) Imagem cultural e exemplos				

S = Pontuação total SAM (soma de todos fatores)

M = Pontuação máxima total = 44

N = Número de respostas N/As acima = ____ X2 = ____

T = Pontuação máxima total ajustada = (M-N) Percentual de pontuação = S / T

Interpretação da pontuação adequada

(Superior, adequado, não-aceitável)

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA DO CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL

Pesquisador: ANA TALYNE PESSOA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79760917.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.554.032

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação sobre o tema acessibilidade arquitetônica de consultório de enfermagem em unidade básica de saúde com foco na construção e validação de um manual. Apresenta em sua introdução aspectos que envolvem a pessoa com deficiência, conceitos, políticas públicas, objetivos do sistema de saúde, atenção básica de saúde, acessibilidade, enfermagem na promoção da saúde. Texto claro, coerente. Aspectos metodológicos e éticos descritos, referências pertinentes e adequadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Validar tecnologia educativa, Manual de Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde, para orientação de enfermeiros e gestores de saúde.

Objetivos Específicos

- Construir Manual de Acessibilidade Arquitetônica do Consultório de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde;
- Validar conteúdo e aparência da tecnologia educativa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode levar a riscos mínimos, momento em que o especialista poderá exibir certo

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85) 3398-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.024.002

cansaço físico em avaliar o conteúdo e a aparência do manual via computador e email. A contribuição está relacionada ao aprimoramento de instrumentos relacionados à área da saúde na atenção básica de saúde e a acessibilidade arquitetônica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo metodológico e de desenvolvimento. Estudo será desenvolvido em duas etapas. A primeira consistirá na elaboração de um manual educativo com vistas a orientar enfermeiros e gestores de saúde no tocante à acessibilidade arquitetônica do Consultório de Enfermagem e seu respectivo banheiro; a segunda, por sua vez, será sua validação. Para tanto, referencial metodológico de Echer(2005), que trata sobre elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde, será adotado. O conteúdo do manual respeitará a Norma Regulamentadora 9050 da ABNT, especificamente os parâmetros de acessibilidade estabelecidos nos tópicos: Parâmetros antropométricos, Informação e sinalização, Acessos e circulação, Sanitários, Banheiros e vestiários e Mobiliário. Será escrito de forma de forma clara, breve, visando alcançar uma linguagem acessível ao público-alvo. Quanto a aparência do manual educativo, um designer gráfico será consultado para criação de ilustrações atrativas e de fácil compreensão, considerando conteúdo do Roteiro Textual desenvolvido. Após construído, passará pela avaliação de especialistas. Após seleção dos especialistas, um convite abordando os objetivos do estudo será enviado via correio eletrônico ou pessoalmente. Os especialistas terão 7 dias para aceitar/recusar o convite do estudo. Em um prazo de 15 dias, estes deverão realizar a análise, preenchendo o instrumento de avaliação e devolvendo-o a pesquisadora pessoalmente, correios ou por e-mail. Os dados obtidos, de acordo com as etapas do método da pesquisa, ou seja, avaliação das contribuições fornecidas por cada juiz, serão organizados no Excel versão 10 e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Todas as contribuições dos juizes e alterações promovidas na tecnologia serão descritas. Quadros serão construídos para expor os resultados e avaliações dos especialistas. Utilizar-se-á o ICC para verificar a confiabilidade da tecnologia educacional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram entregues os seguintes termos e documentos: carta de solicitação ao comitê, declaração de concordância dos pesquisadores, orçamento, cronograma, infraestrutura da instituição, folha de rosto.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-0344

CEP: 60.430-275

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.554.032

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_982201.pdf	08/11/2017 17:14:21		Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/11/2017 17:14:00	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DISSERTACAO_ANATALYNEPESSOA.pdf	08/11/2017 17:12:41	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INFRAESTRUTURA.pdf	08/11/2017 15:17:50	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
Outros	CARTASOLICITACAOAPREC.pdf	17/10/2017 22:26:01	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPEQUISADORES.pdf	17/10/2017 22:24:53	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEESPAPARENCIA.pdf	17/10/2017 22:24:02	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEESP CONTEUDO.pdf	17/10/2017 22:23:45	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/10/2017 22:21:13	ANA TALYNE PESSOA	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	21/08/2017 21:06:26	ANA TALYNE PESSOA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-0344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: conep@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Processo: 2.554.003

FORTALEZA, 21 de Março de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-0344

E-mail: comepe@ufc.br