



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

dos Santos Amaral, Fabienne Louise Juvêncio; Marques de Almeida Holanda, Cristina; Bezerra Quirino, Maria Aparecida; da Silva Nascimento, João Paulo; da Fonseca Neves, Robson; Queiroz Silva Ribeiro, Kátia Suely; Bezerra Alves, Simone

Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 7, julho, 2012, pp. 1833-1840

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023392022>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS

Accessibility for people with disabilities or permanent mobility restrictions to the Unified Health System

Fabienne Louise Juvêncio dos Santos Amaral<sup>1</sup>

Cristina Marques de Almeida Holanda<sup>1</sup>

Maria Aparecida Bezerra Quirino<sup>1</sup>

João Paulo da Silva Nascimento<sup>1</sup>

Robson da Fonseca Neves<sup>1</sup>

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro<sup>1</sup>

Simone Bezerra Alves<sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this study was to monitor the access of persons with disabilities and permanent mobility restrictions to the Unified Health System in João Pessoa, State of Pernambuco. This is a descriptive field study, consisting of a random sample of 523 people with disabilities or permanent mobility restrictions. Data collection occurred between August 2007 and December 2008 and consisted of home interviews. The neuromusculoskeletal functions and those related to movement (52%) were among the most affected body functions, with a higher incidence among body structures related to movement (44.2%) and those of the nervous system (39.2%), with special emphasis on the high number of cases (14%) due to the sequelae from strokes. Among the respondents, 63.9% stated that there had not been sufficient and appropriate means to lessen the physical obstacles between their homes and the places where they received healthcare, and 41.7% claimed that there were no special facilities for the handicapped in the healthcare offices. Brazilian law ensures rights for people with disabilities, which were not broadly respected. Action is necessary to prevent the development of disabilities, especially those resulting from the sequelae from strokes.*

**Key words** *Access to health services, Disabled persons, Restricted mobility, Unified Health System*

**Resumo** *Objetivou-se avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência e restrição de mobilidade permanente ao SUS em João Pessoa (PB). Trata-se de estudo descritivo de campo, composto por amostra aleatória de 523 pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2007 à dezembro de 2008 e consistiu de entrevistas domiciliares. As funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento foram as mais prejudicadas (52%), havendo maior acometimento das estruturas corporais relacionadas ao movimento (44,2%) e as do Sistema Nervoso (39,2%), com destaque para o elevado número de casos (14%) decorrentes de sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Entre os entrevistados, 63,9% afirmam que de suas residências aos locais onde recebiam atendimento à Saúde não haviam meios suficientes e apropriados para diminuir os obstáculos físicos e 41,7% que não existiam adaptações nos locais de atendimento. A legislação brasileira garante direitos às pessoas com deficiência que não foram amplamente respeitados. São necessárias ações que previnam o desenvolvimento de deficiências, em especial aquelas decorrentes de sequelas de AVC.*

**Palavras-chaves** *Acesso aos serviços de saúde, Pessoas com deficiência, Limitação da mobilidade, Sistema Único de Saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Cidade Universitária. João Pessoa PB. simonea@gmail.com

## Introdução

Pessoas com deficiência têm direitos à saúde assegurados na Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, que foram consolidados na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90)<sup>2</sup>. A implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, firma princípios importantes do SUS (universalidade, integralidade e equidade), estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais para a reabilitação da pessoa com deficiência<sup>3</sup>.

O Decreto 3.298 de 20 de Dezembro de 1999 descreve a deficiência como a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que pode gerar incapacidade ou dificuldade para o desempenho de uma atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano<sup>4</sup>.

As pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida devem estar em interação constante com seu meio sociocultural. Quanto mais essa população estiver num ambiente que lhe restrinja a mobilidade e a acessibilidade aos serviços, maior a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a uma situação de desvantagem<sup>5</sup>.

A acessibilidade envolve as possibilidades de deslocamento do indivíduo com adequada segurança<sup>6</sup>, depende tanto da mobilidade, quanto do ambiente físico. No tocante à acessibilidade aos serviços de saúde há duas dimensões a serem consideradas: a dimensão sócio-organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços e a dimensão geográfica, a qual está relacionada à distância e ao deslocamento<sup>7</sup>. A mobilidade é um aspecto intrínseco do ser humano, está ligada às suas sensações, percepções, história pessoal e ao contexto sociocultural<sup>8</sup>. A acessibilidade possibilita que as pessoas utilizem de todos os serviços, inclusive os de saúde, disponíveis de acordo com as suas necessidades, em todos os níveis de atenção<sup>9</sup>.

As classificações desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são ferramentas importantes para estudar as condições de saúde de uma população: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>10</sup>. As condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões são classificadas na CID-10. A CIF representa uma mudança no olhar a deficiência, sendo resultado de uma interação complexa das pessoas com a socieda-

de, cujas alterações da funcionalidade ou a incapacidade são classificadas de acordo com os seus Componentes: ***Funções e Estruturas do Corpo***, que compreende os órgãos e sistemas, bem como a função dessas estruturas e ***Atividade e Participação***, que inclui o desempenho de atividades da vida diária e a participação ativa na sociedade<sup>10,11</sup>.

Apesar de mais de duas décadas de implementação do SUS, há escassez de conhecimento sobre o acesso da população com deficiência ou restrição permanente de mobilidade a este sistema, em especial, nas regiões menos favorecidas socioeconomicamente. Esta insuficiência e precariedade dos sistemas de informações têm dificultado a construção dos indicadores necessários para o monitoramento e a avaliação do desempenho do SUS<sup>12</sup>. Isto dificulta o planejamento de ações voltadas às necessidades da população com deficiência e mobilidade reduzida. Assim, este estudo propõe pesquisar a acessibilidade de pessoas com deficiência e restrição permanente de mobilidade ao SUS na cidade de João Pessoa-PB.

## Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo de delineamento transversal, composto por amostra aleatória de 523 pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos de idade, possuir alguma deficiência ou restrição permanente de mobilidade, estar adscrita em uma das Unidades de Saúde da Família (USF) sorteadas e concordar em participar do estudo.

Para o cálculo amostral tomou-se por base os dados da população do município de João Pessoa e a estimativa mundial de pessoas com deficiência. Os seguintes critérios foram obedecidos: nível de confiança de 99%; erro de precisão máximo de 1,4% e, por fim, conhecimento prévio do percentual de habitantes da cidade de João Pessoa, maiores de 18 anos, e da porcentagem estimada de pessoas com deficiência física.

O tamanho da amostra foi calculado em função de: dados da população de acordo com o Censo Demográfico 2000<sup>13</sup>; erro amostral máximo 1,4% ( $e = 0,014$ ); nível de confiança de 99%, ( $z = 2,58$ ); proporção favorável inicial estimada  $p$  ( $0,015$ ), 15% da população com deficiência; proporção não favorável inicial estimada  $q$  ( $0,985$ ). Assim, o tamanho amostral calculado foi de 502 indivíduos entrevistados, corrigindo-se segundo a população maior de 18 anos.

O município de João Pessoa é dividido em cinco Distritos. Estes são as unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos<sup>14</sup>. O critério de seleção das USF que representariam os Distritos Sanitários foi aleatório, entretanto a seleção amostral foi realizada por conveniência, uma vez que após sorteadas as USF que representavam cada um dos Distritos foi feita uma triagem dos cadastros de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida das USF.

A coleta de dados ocorreu no período de Agosto de 2007 à Dezembro de 2008 e consistiu de entrevistas domiciliares. Utilizou-se, um formulário estruturado, preenchido pelo pesquisador, para aplicação a qualquer tipo de público, mesmo os não alfabetizados<sup>15</sup>.

Nesse formulário foram agrupados dados pertinentes à identificação; ao perfil socioeconômico; ao diagnóstico clínico, através da CID-10; aos componentes de segundo nível da CIF: **Estrutura do corpo, Função do Corpo e Atividade e Participação**, e às condições de acessibilidade aos serviços de saúde, abordando aspectos que podem dificultar ou facilitar tal acesso.

A validação do formulário foi realizada com uma amostra composta por quarenta voluntários. Empregou-se o coeficiente de Alpha de Cronbach para verificar a confiabilidade do instrumento, obtendo-se coeficiente 0,67 e 0,82 para as dimensões **perfil socioeconômico** e **acesso ao SUS**, respectivamente. Os dados obtidos foram tabulados utilizando-se o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 11.0 e submetidos à análise estatística descritiva.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, de acordo com as atribuições da **Resolução nº 196/96** do Conselho Nacional de Saúde e aprovado.

## Resultados

Na Tabela 1 observa-se o perfil demográfico e socioeconômico da população estudada. Destacou-se a maior ocorrência de pessoas tanto com escolaridade como poder aquisitivo baixos, bem como a maioria é usuária exclusivamente a rede pública de saúde.

As patologias mais frequentes, classificadas pela CID-10, foram o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (I64), o Retardo Mental (F79) e a Paralisia Cerebral Infantil (G80), com 14%, 5,9%

e 4,8% respectivamente (Tabela 2). Destacou-se também que 14% da amostra não soube identificar as causas de suas deficiências. Dentre as funções do corpo mais prejudicadas, observou-se, de acordo com a Tabela 2, maior ocorrência das neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento (52%), com destaque para mobilidade das articulações (b710) e força muscular (b730). Dentre as estruturas corporais, sobressaíram as relacionadas ao movimento (44,2%) e as do Sistema Nervoso (39,2%), tendo como principais locais afetados a extremidade inferior (s750) e o cérebro (s110).

Constatou-se que as principais limitações das atividades e restrições na participação estavam relacionadas à mobilidade (43%). Destas, destacaram-se a dificuldade em andar (d450), levantar e carregar objetos (d430) e deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento ou dispositivos específicos para facilitar a movimentação (d465).

Para 63,9% dos entrevistados, não havia meios suficientes e apropriados para diminuir os obstáculos físicos (como rampas, sinal de pedestres, ruas calçadas e corrimão) no caminho de suas residências aos locais onde recebem atendimento. Da mesma forma, para 41,7% de toda

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas. João Pessoa-PB, 2008.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	277	53,0
Masculino	246	47,0
Escolaridade		
Analfabeto	183	35,0
Alfabetizado	190	36,3
Ensino Fundamental Completo	87	16,6
Ensino Médio Completo	50	9,6
Ensino Superior Completo	10	1,9
Não Informado	3	0,6
Plano de Saúde Privado		
Sim	70	13,4
Não	453	86,6
Benefício		
Sim	392	75,0
Não	131	25,0
Renda Pessoal		
Não possui renda	98	18,7
< 1 salário mínimo	32	6,1
1 salário mínimo	282	53,9
1-2 salários mínimos	70	13,4
2-5 salários mínimos	38	7,3
> 5 salários mínimos	3	0,6
Total	523	100,0

a amostra não existiam adaptações nos locais de atendimento.

Na Tabela 3 observa-se que as pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida se deslocavam principalmente através de carros alugados ou transporte particular, enquanto as pessoas com deficiência mental e auditiva iam a pé ou de transporte coletivo para suas consultas.

Apenas 16,4% das pessoas com deficiência afirmaram realizar algum tratamento de reabilitação, com destaque para a Fisioterapia (62,1%) e Psicoterapia (13,8%). Os serviços de saúde mais

requisitados, quando estavam doentes, foram as USF (53,2%) e os hospitais (31,2%). Estas pessoas ainda afirmaram que sempre (37,7%) ou frequentemente (28,5%) realizavam consultas de saúde, porém 5,9% relataram nunca terem procurado tais serviços.

## Discussão

Uma sociedade pode ser menos excludente quando reconhece a diversidade humana e as necessidades específicas dos vários segmentos sociais, assegurando-lhes oportunidades de acesso aos bens e serviços dos quais necessita<sup>16</sup>. Verificou-se, no presente estudo, que ainda existem grandes limites no sentido da garantia desse acesso, tendo como referência o direito à saúde. Considerando-se o fato de que a amostra estudada é composta de pessoas que já tinham acesso aos serviços básicos de saúde, pois estavam cadastradas nas suas respectivas USF, pode-se constatar a desvantagem que as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida possuíam para acessar os demais serviços do Sistema, ficando evidente que a integralidade na atenção à saúde ainda não se concretiza.

Os dados mostraram que a maioria das pessoas entrevistadas apresenta baixas escolaridade e renda, e também depende exclusivamente dos recursos disponibilizados pelo governo, como os serviços públicos de saúde e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este último assegura à pessoa com deficiência vencimento de um salário mínimo, caso seja comprovado que a renda mensal do grupo familiar *per capita* seja inferior a ¼ do salário mínimo. Para receber o BPC é necessário que a deficiência seja incapacitante para a vida independente e o trabalho<sup>17,18</sup>. Acredita-se que o BPC é uma assistência importante, uma vez que sem ele a amostra estudada poderia apresentar uma condição de vida com maiores difi-

**Tabela 2.** Distribuição das pessoas com deficiência de acordo com patologias (CID-10) e comprometimento nas funções do corpo (CIF). João Pessoa-PB, 2008.

Variáveis	n	%
Patologias (CID-10)		
AVC (I64)	73	14,0
Retardo Mental (F79)	31	5,9
Paralisia Cerebral Infantil (G80)	25	4,8
Outras perdas de audição (H91)	24	4,6
Cegueira e visão subnormal (H54)	24	4,6
Outros	273	52,1
Não soube informar	73	14,0
Funções do corpo		
Funções Mentais	144	27,5
Funções Sensoriais e Dor	79	15,1
Funções da Voz e Fala	11	2,1
Funções dos Sistemas	6	1,2
Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório		
Funções dos Sistemas Digestivo, Metabólico e Endócrino	8	1,5
Funções Geniturinárias e Reprodutivas	3	0,6
Funções Neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento	272	52,0
Total	523	100,0

**Tabela 3.** Forma de locomoção para realizar as consultas, segundo o tipo de deficiência. João Pessoa-PB, 2008.

Tipo de deficiência	Transporte						Carro alugado				Total	
	Ambulância		escolar		Coletivo		(táxi ou motorista)		A pé		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mental	2	1,3	24	15,3	43	27,4	27	17,2	50	31,8	11	7,0
Visual	0	0,0	7	18,4	10	26,3	10	26,3	9	23,7	2	5,3
Física	12	5,7	52	24,9	19	9,1	65	31,1	44	21,1	17	8,1
Auditiva	0	0,0	4	11,1	6	16,7	2	5,6	22	61,1	2	5,6
Múltipla	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Mobilidade Reduzida	5	6,3	20	25,0	12	15,0	25	31,3	11	13,8	7	8,8
Total	19	3,6	107	20,5	91	17,4	130	24,9	136	26,0	40	7,6
											523	100,0

culdades. Entretanto é necessário investir em programas de capacitação das pessoas com deficiência de modo que estas melhorem seu nível de escolaridade e também possam ter uma vida mais autônoma, realizando atividades laborais adaptadas às suas limitações, que possam melhorar a renda familiar e consequentemente a qualidade de vida e a saúde.

No que diz respeito às principais causas de deficiência investigadas na amostra, constatou-se que grande parcela dos entrevistados desconhecia a causa da sua deficiência, revelando fragilidades no acesso do usuário às informações acerca do seu quadro de saúde. Além disto, observou-se elevada ocorrência de pessoas com sequelas decorrentes de AVC, o que pode ser reflexo da alta incidência de pessoas com hipertensão arterial, já que esta, seguida de doença cardíaca, são os fatores de risco mais prevalentes para o AVC<sup>19,20</sup>. A hipertensão representa, atualmente, um importante problema de saúde a ser abordado por essas equipes.

As dificuldades de deslocamento identificadas nos sujeitos estudados aliadas à falta de adaptações que facilitem esse deslocamento tanto no trajeto (64%) quanto no espaço interno dos serviços de saúde (42%), conforme destacado pelos entrevistados, apresentam-se como uma barreira no que tange à acessibilidade geográfica aos serviços de saúde<sup>7</sup>. Estes dados também apontam para a inadequação dos locais de atendimento, uma vez que a maior parte das pessoas com deficiência entrevistadas são usuárias de USF instaladas em casas improvisadas, um tipo de construção que não atende às necessidades dos usuários. Siqueira et al.<sup>21</sup>, ao entrevistar trabalhadores de 236 equipes de USF da região Sul e Nordeste, estes informaram que 59,8% dos prédios não eram adequados para a acessibilidade de idosos e pessoas com deficiência. Parece que o problema não se restringe apenas às Unidades Básicas, uma vez que outro estudo evidenciou presença de barreiras arquitetônicas em quatro hospitais da cidade de Sobral-CE<sup>22</sup>.

Estudo epidemiológico<sup>21</sup> sobre a estrutura física das USF em sete estados do Brasil constatou que para 66,7% dos entrevistados não existiam calçadas que garantissem o deslocamento seguro das pessoas com deficiência. Entretanto tais barreiras parecem não interferir consideravelmente na mobilidade das pessoas com deficiência auditiva, uma vez que a maioria informou que se desloca a pé para os serviços de saúde. Ao passo que para as pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida os obstáculos parecem ser um dos

motivos pelo qual o carro alugado foi o principal meio utilizado para deslocamento até os serviços de saúde. Como grande parte dos participantes (aproximadamente 80%) sobreviviam com até um salário mínimo mensal, este fator pode tornar-se mais uma barreira para o deslocamento. Estes dados evidenciam a necessidade de melhorias ambientais e de transporte, a fim de reduzir o isolamento social e facilitar as atividades de vida diária das pessoas com deficiência, principalmente física, ou mobilidade reduzida.

Segundo 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 pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. O mesmo decreto afirma que os sistemas de transporte coletivo são considerados 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<sup>23</sup>. Assim, evidencia-se que os direitos das pessoas com deficiência não estão totalmente garantidos. Os problemas vividos na utilização de transportes públicos por estas pessoas, além de outros como falta de rampas, elevadores, cadeira de rodas, por exemplo, parecem ser a realidade não só para João Pessoa, mas também para São Paulo, onde aproximadamente a metade da amostra fez o percurso aos serviços de saúde utilizando transportes públicos<sup>24</sup>.

Provavelmente por se tratar de uma amostra selecionada a partir das Unidades de saúde da família, o acesso a esses serviços foi destacado pela maioria dos entrevistados. Mais da metade dos entrevistados afirmaram procurar as USF ao adoecerem, confirmando que a Atenção Básica é a porta de entrada para o SUS para esses usuários. Pinheiro et. al<sup>25</sup> também afirmaram que o serviço de saúde mais procurado foi a unidade básica de saúde (32,6% nas mulheres e 30,9% nos homens).

Castro et al.<sup>26</sup> verificaram recentemente que, em São Paulo, aproximadamente 16% das pessoas com deficiência entrevistadas apresentaram problemas no acesso aos serviços de saúde. Apesar desses autores terem avaliado aspectos diferentes da acessibilidade quando comparado com o presente estudo, observa-se que em João Pessoa existe uma barreira substancial para o acesso a serviços de reabilitação. Em se tratando de assistência especializada, como neste caso, houve uma redução bastante considerável (16,4%). Diversos

fatores estão envolvidos na problemática do acesso à atenção especializada, todavia, em se tratando de uma população com deficiência física ou mobilidade reduzida, as barreiras arquitetônicas e a pouca disponibilidade de transportes públicos adaptados, apresenta-se como um importante fator para a não realização do tratamento de reabilitação. O atendimento desses usuários, em nível de atenção primária, pode representar um elemento facilitador do acesso, diminuindo a demanda reprimida nos setores de média e alta complexidade. Entretanto, faz-se necessário aproximar os profissionais que compõem a equipe de reabilitação desse nível de atenção à saúde.

## Conclusão

Percebe-se que a legislação brasileira é bastante desenvolvida no que diz respeito à garantia dos direitos à acessibilidade à saúde das pessoas com deficiência, entretanto a maioria destes não foram respeitados para a amostra estudada. Assim, é necessário que medidas sejam tomadas para garantir tais direitos. Melhorias nos aspectos socioeconômicos, como nos níveis de escolaridade, capacitação profissional e consequentemente na renda pessoal e familiar, possibilitaria a estas pessoas uma maior consciência do seu papel na sociedade, o que representaria uma busca mais autônoma por seus direitos, tendo como consequência uma melhor condição de saúde. Assim constata-se a íntima relação do contexto socioeconômico na acessibilidade ao sistema de saúde.

Devem também ser realizadas ações que previnam deficiências, em especial aquelas decorren-

tes de AVC, tais como controle da pressão arterial, do perfil lipídico e estímulo a prática de atividades físicas regulares. Percebe-se a necessidade de ampliação dos serviços de saúde, principalmente os de reabilitação. Somado a isso, melhorias no oferecimento e adaptação de transportes públicos, ruas, calçadas e locais de atendimento, como também aumento no número de vagas para assistência e ampliação no quadro de profissionais de saúde, podem garantir uma melhor integralidade na atenção à saúde das pessoas com deficiência. Estas modificações poderiam favorecer a resolutibilidade do serviço em níveis mais baixos de complexidade, diminuindo os elevados investimentos com os serviços mais complexos.

Destaca-se a importância do trabalho das Equipes de Saúde da Família na garantia dos serviços básicos de saúde para as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, uma vez que todos os dados apresentados são referentes a pessoas adscritas nas USF. As barreiras para a acessibilidade identificadas na população estudada, as quais buscam os serviços da rede básica, abre perspectivas para estudos que possam avaliar o acesso entre as pessoas que não estão cobertas pelas equipes de saúde da família.

O aprofundamento de investigações sobre a acessibilidade das pessoas com deficiência ou restrição na mobilidade aos serviços de saúde se faz necessário no Brasil, principalmente nas regiões do país menos favorecidas socioeconomicamente. Buscando-se, dessa forma, parâmetros para a construção de um serviço de saúde mais resolutivo, voltado às reais necessidades locais das pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade.

## Colaboradores

FLJS Amaral, CMA Holanda, MAB Quirino, JPS Nascimento, RF Neves, KSQS Ribeiro e SB Alves participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Agradecimentos

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte financeiro.

## Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
2. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
3. Brasil. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União* 2002; 5 jun.
4. Brasil. Decreto 3.298 de 20 de Dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 21 dez.
5. Associação Brasileira de Normas Técnicas [ABNT]. *NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
6. Frenk J. El Concepto y la Medicion de Accesibilidad. *Salud Pública Mex* 1985; 27:438-453.
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Pública* 2004; 20(Supl. 2):S190-S198.
8. Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cad Saude Pública* 2007; 23(11):2589-2596.
9. Starfield B. *Atenção Primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Farias N, Buchalla CMA. Classificação International de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):187-193.
11. Organização Mundial da Saúde. *Classificação International de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp; 2003.
12. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):643-655.
13. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). *Censo demográfico 2000* [página na Internet]. [aces-sado 2010 dez 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
14. Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa CA. *Distritos Sanitários*: Concepção e Organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
15. Rodrigues AJ. *Metodologia científica*. São Paulo: Avercamp; 2006.
16. Brasil. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde). *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008.

17. Brasil. Lei 12.101, de 27 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 27 nov.
18. Brasil. Lei 8.742, de 07 de Dezembro de 1993. Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1993; 07 dez.
19. Mazzola, D, Polese JC, Shuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. *RBPS* 2007; (2091):22-27.
20. Nunes S, Pereira C, Silva MG. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *Esfisionline* 2005; 1(3):3-20.
21. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E. Barreiras arquitônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):39-44.
22. França ISX, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Rene Fortaleza* 2008; 9(2):129-137.
23. Brasil. Decreto 5296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. *Diário Oficial da União* 2004; 02 dez.
24. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, César CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):99-105.
25. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
26. Castro SS, Cesar CL, Carandina L, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Physical disability, recent illnesses and health self-assessment in a population-based study in São Paulo, Brazil. *Disabil Rehabil* 2010; 32(19):1612-1615.