



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Pereira Martins, Kaisy; Ferreira da Costa, Tatiana; de Medeiros, Thayris Mariano; das Graças Melo Fernandes, Maria; Sátiro Xavier de França, Inácia; de Freitas Macêdo Costa, Kátia Nêyla

Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 10, outubro, 2016, pp. 3153-3160

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047756018>

- ▶ 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

Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência

Internal structure of Family Health Units:
access for people with disabilities

Kaisy Pereira Martins¹

Tatiana Ferreira da Costa¹

Thayris Mariano de Medeiros¹

Maria das Graças Melo Fernandes¹

Inácia Sátiro Xavier de França¹

Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa¹

Abstract This study aimed at evaluating the internal structure of Family Health Units in relation to the access of people with physical and/or sensory disabilities. It is a descriptive, exploratory, population-based research, held in Family Health Units of the municipality of João Pessoa, Paraíba, Brazil. For the collection of data, a checklist based on Technical Standard 9050 was used. For the analysis, the descriptive and exploratory analysis of the data and the Chi-square test were applied. As a result, of the 90 buildings evaluated, only 47.8% have a wheelchair ramp, of these 30.0% have maximum slope and 32.2% have anti-slip flooring. In 28.9% access happens through a staircase without handrail and in 6.7% through a staircase with handrail, 6.7% of these with anti-slip flooring. And only 17.8% of sliding doors have lowered tracks. We concluded that it must be recognized that public policies and institutions do not correspond to the need of these people, and it is necessary to reformulate this form of care and reorganize health services.

Key words Access to Health Services, People with disabilities, Primary Health Care

Resumo Este estudo teve como objetivo avaliar a estrutura interna de Unidades de Saúde da Família em relação ao acesso de pessoas com deficiência física e/ou sensorial. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de base populacional, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para a coleta dos dados utilizou-se um checklist fundamentado na Norma Técnica 9050. Para a análise, foram aplicados a análise descritiva e exploratória dos dados e o teste de qui-quadrado. Como resultado, dos 90 prédios avaliados, apenas 47,8% possuem rampa de acesso, destas 30,0% possuem inclinação máxima e 32,2% têm piso antiderrapante. Em 28,9%, o acesso acontece por escadaria sem corrimão e em 6,7% por escadaria com corrimão, sendo 6,7% com piso antiderrapante. E apenas 17,8% das portas corredeiras apresentam trilhos rebaixados. Concluiu-se que é preciso reconhecer que as políticas públicas e as instituições não correspondem à necessidade dessas pessoas, sendo necessário reformular esse cuidado e reorganizar os serviços de saúde.

Palavras-chave Acesso aos serviços de saúde Pessoas com deficiência, Atenção Primária à Saúde

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária. 58059-900 João Pessoa PB Brasil. kaisyjp@hotmail.com

Introdução

O acesso à atenção à saúde no Brasil sofreu ampliação nos últimos anos, principalmente aos cuidados primários, como nas Unidades de Saúde da Família (USF), e para grande parte da população é um dos importantes avanços da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. Entretanto, ainda persistem grandes desafios para garantir o acesso universal e equitativo dos serviços de saúde, principalmente para as pessoas com deficiência (PcD)¹.

A deficiência é descrita como a perda ou a 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 humano². No Brasil, aproximadamente 23,9% da população total apresenta algum tipo de incapacidade ou deficiência. Esse percentual corresponde, em média, a 45,6 milhões de pessoas, e o Nordeste é a região responsável por concentrar o maior número de acometidos³.

Entretanto, apesar da grande representatividade desses indivíduos na população brasileira, ainda são muitas as barreiras existentes para o fortalecimento de sua participação como cidadãos⁴. As dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações são conhecidas como barreiras arquitetônicas, que impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão – o de se deslocar livremente. Alguns exemplos podem ser citados, como: falta de rampas e de corrimãos, degraus altos, pisos e portas inadequadas, entre outros. Essas barreiras arquitetônicas estão presentes nos serviços de saúde de atenção primária, como encontrado em pesquisa realizada em 41 municípios do Brasil, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários com alguma deficiência ou limitação⁵.

Nesse sentido, a Norma Brasileira (NBR) 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)⁶ regulamentou o direito à acessibilidade das PcD. Por conseguinte, a acessibilidade envolve as possibilidades de o indivíduo se deslocar com segurança que depende tanto da mobilidade quanto do ambiente físico. Ressalte-se, entretanto, que mesmo com a atual legislação o processo de adesão às normas de acessibilidade aos locais públicos mantém um ritmo lento, pois, até as construções mais recentes e projetadas para abrigar órgãos públicos, como por exemplo,

as USF, ainda são alvos de reclamações dos usuários porque não garantem o livre acesso, quase sempre, em decorrência da utilização de edificações impróprias adaptadas⁷.

Todavia, a atenção primária em saúde (APS) é um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde dessas pessoas, principalmente pelo fato dessa população estar mais exposta a comorbidades associadas à sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso desses serviços para a manutenção de sua integridade física e mental^{8,9}. E, sendo a APS, a primeira via de acesso para o sistema público de saúde, possivelmente essa seja a primeira instância onde a PcD receberá atendimento¹⁰.

Assim, reconhecer que é preciso propiciar melhores condições requer desenvolver a sensibilidade, identificar que a deficiência vai além do que está implícito ou visível. De modo geral, a PcD encontra-se fragilizada em face das condições e situações da vida diária, e muitas vezes por falta de conhecimento de seus direitos. Nessa perspectiva, para ocorrer o processo de inclusão, deve ser garantido a esses indivíduos o cumprimento das normas que garantam o livre acesso aos serviços de saúde, além do desenvolvimento de atividades de educação em saúde, que favoreçam o estímulo, o incentivo, para que esses indivíduos sintam o desejo de participar efetivamente, com compromisso social e consigo mesmo¹¹.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de investigar os problemas enfrentados pelas PcD física e/ou sensorial no que tange ao acesso ao serviço de saúde, sendo assim o presente estudo levantou a seguinte questão norteadora: Como se apresenta a estrutura física interna das USF em relação ao acesso de PcD física e/ou sensorial?

Nesse sentido, essa pesquisa é relevante, uma vez que implicará numa visão crítica sociocultural e não apenas biológica, no intuito de favorecer mudanças positivas de comportamentos em face das questões pertinentes ao campo de reabilitação e integração social das PcD. Assim, considerando os aspectos até aqui abordados, o presente estudo teve como objetivo avaliar a estrutura interna de USF em relação ao acesso de PcD física e/ou sensorial.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Este município apresenta população estimada de 780.738 habitantes e que

tem uma área de 211.475 km²¹². A escolha do local é justificada pelo fato de ser a primeira referência da comunidade no acesso a informações e a serviços de saúde.

O universo do estudo foi constituído por todos os prédios que compõem as USF do município de João Pessoa-PB, portanto, o estudo é de amostragem populacional. Esse município é dividido em cinco Distritos Sanitários, com um total de 181 USF, das quais 60 são individuais, 11 com duas equipes, nove com três, e 18 com quatro, totalizando 98 prédios. Portanto, a amostra do estudo foi constituída por 90 prédios que compõem as USF. Oito foram excluídos devido à impossibilidade de acesso físico, além de riscos de danos e prejuízos para a pesquisadora pela falta de segurança.

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2014. Inicialmente, foi feito um contato prévio com os responsáveis por cada distrito sanitário, objetivando a liberação do estudo. Os dados foram coletados pela pesquisadora, através de um instrumento *check list* fundamentado na NBR 9050 da ABNT⁶. Os dados foram coletados por meio da técnica de observação sistemática e foram realizadas medições utilizando-se fita métrica graduada em centímetros, para mensurar a altura e a largura das condições arquitetônicas nas áreas internas das USF.

Para se proceder à análise dos dados, utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. Com o intuito de atingir os objetivos propostos, foi necessário aplicar duas técnicas estatísticas: a análise descritiva e exploratória dos dados.

Para a execução desta pesquisa, foram considerados os princípios básicos da Bioética, postulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹³. Pelo o fato da pesquisa não envolver

seres humanos não foi necessário a aprovação do Comitê de Ética, apenas a autorização da Secretaria de Saúde do Município em que foi realizada a pesquisa.

Resultados

Os 90 prédios que fizeram parte deste estudo compõem as USF do município de João Pessoa-PB, dividido em cinco distritos que recortam toda a extensão territorial, organizam a rede de cuidado e garantem à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar. Com maior número, foi o Distrito III, com 25 prédios (27,7%); em seguida, o Distrito I, com 24 (26,7%); o Distrito II, com 15 (16,7%); o Distrito IV, com 14 (15,6%), e o Distrito V, com apenas 12 (13,3%).

A Tabela 1 apresenta as condições de acesso ao interior dos prédios da USF, destacando escadas, rampas, áreas de circulação, tipos de portas e de pisos. De acordo com os resultados o acesso se dá por escadaria sem corrimão (28,9%); escadaria com corrimão (6,7%) e através de rampa de acesso para PCD, apenas em 47,8% das USF. Quanto às portas, 72,2% têm largura livre de 80 cm; nas USF cujas portas são do tipo ‘vai e vem’, apenas 5,6% são dotadas de visor vertical; das que têm portas corrediças, apenas 17,8% apresentam trilhos rebaixados; 63,3%, piso com superfície regular, estável e firme, e 62,2% com circulação coletiva de, no mínimo, 1,20m.

Com relação às rampas presentes nas USF, a Tabela 2 mostra que 30,0% têm inclinação máxima para minimizar os esforços da PCD; 32,2% têm piso antiderrapante, e somente 2,2% têm acabamento diferenciado no início e no término da rampa para orientar as PCD visual.

Tabela 1. Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo o acesso ao interior do prédio. João Pessoa, PB, Brasil, 2014.

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Escadaria sem corrimão	26	28,9	64	71,1
Escadaria com corrimão	6	6,7	84	93,3
Através de rampas	43	47,8	47	52,2
Possuem portas com largura livre de 80 cm	65	72,2	25	27,8
Portas do tipo ‘vai e vem’ são dotadas de visor vertical	5	5,6	85	94,4
Portas de correr possuem trilhos rebaixados	16	17,8	74	82,2
Piso possui superfície regular, estável e firme	57	63,3	33	36,7
Circulação coletiva possuem no mínimo 1,20 m	56	62,2	34	37,8

De acordo com a Tabela 3, que trata das características do acesso por escadas fixas, apenas 10,0% dos degraus têm largura mínima de 25 cm; 12,2%, largura máxima de 32 cm, altura mínima de 16 cm e máxima de 18 cm; 7,8% têm degrau isolado com altura permitida entre 15 cm e 18 cm; 6,7% têm piso antiderrapante, e somente 1,1% sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento, medindo entre 0,02 m e 0,03 m de largura.

A Tabela 4 mostra as características dos corrimãos das USF. Como destacado, apenas 16,7% das USF têm corrimão, todos com material rígido e fixados com firmeza. No entanto, somente 10,0% estão instalados em ambos os lados; 13,4% estão numa altura de 92 cm do piso; 15,6%, afastados 4 cm da parede; 7,8% prolongam-se pelo menos 30 cm antes do início e do término, sem interferir na área de circulação ou prejudicar a vazão; nenhum dos corrimãos dispõe de sinalização através de anel com textura contrastante, com a superfície do corrimão instalado 1 m antes das extremidades e sinalizado em *braille*, nem tem extremidades com acabamento recurvado.

Discussão

Uma sociedade pode ser menos excluente quando reconhece a diversidade humana e as necessidades específicas dos vários segmentos sociais, assegurando-lhes oportunidades de acesso aos bens e aos serviços dos quais necessita². Verificou-se, no presente estudo, que ainda existem grandes limites no sentido de garantir esse acesso, tendo como referência o direito à saúde.

Como qualquer outro grupo populacional, as PCD precisam de acesso à saúde. De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tanto a atenção básica quanto os serviços de média e alta complexidade devem promover uma ampla cobertura no atendimento a esses indivíduos, com aprimoramento da gestão, da disseminação de informações e uma visão dinâmica do seu estado de saúde. Além disso, a capacitação e a educação continuada das equipes de saúde,

Tabela 2. Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características da rampa. João Pessoa, PB, Brasil, 2014.

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Inclinação máxima (2%)	27	30,0	63	70,0
Piso antiderrapante	29	32,2	61	67,7
Acabamento diferenciado no início e término	2	2,2	88	97,8

Tabela 4. Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características do corrimão. João Pessoa, PB, Brasil, 2014.

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Material rígido	15	16,7	75	83,3
Firmemente fixados	15	16,7	75	83,3
Instalados ambos os lados	9	10,0	81	90,0
Altura é de 92 cm do piso	12	13,4	78	86,6
Afastado 4 cm da parede	14	15,6	76	84,4
Prolonga-se pelo menos 30 cm	7	7,8	83	92,2
Sinalizados através de anel e em <i>braille</i>	0	0,0	90	100,0
Acabamento recurvado	0	0,0	90	100,0

Tabela 3. Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características do degrau. João Pessoa, PB, Brasil, 2014.

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Largura mínima de 25 cm	9	10,0	81	90,0
Largura máxima de 32 cm	11	12,2	79	87,8
Altura mínima de 16 cm	11	12,2	79	87,8
Altura máxima de 18 cm	11	12,2	79	87,8
Degrus isolados com altura entre 15 cm e 18 cm	7	7,8	83	92,2
Possui piso antiderrapante	6	6,7	84	93,3
Sinalização visual na borda	1	1,1	89	98,9

em todos os âmbitos de atenção que envolve profissionais de diferentes níveis, devem estar alicerçadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos polos de educação permanente em saúde¹⁴.

Sendo assim, ressalta-se a importância de tornar acessível as unidades de saúde por meio do cumprimento de normatização arquitetônica da NBR 9050⁶, que define a acessibilidade como a possibilidade e a condição de se alcançar, perceber e entender como utilizar com segurança e autonomia as edificações, o espaço, o mobiliário, o equipamento urbano e os elementos.

Quanto às condições de acesso ao interior dos prédios, nem todas as pessoas podem exercitar livremente o direito de ir e vir, pois, apesar de todas as USF terem estrutura térrea, em 28,9%, isso é feito por escadaria sem corrimão, e apenas 6,7% com corrimão. Então, as PCD física e/ou sensorial, e até mesmo com alguma limitação, quase sempre, não têm condições de adentrar esses serviços. Além disso, menos da metade – 47,8% – é por meio de rampas. A ausência de rampas e a falta de corrimãos foi um problema encontrado nas USF e em outras pesquisas^{5,15,16}, ao contrário do que determinam as normas de que os locais de utilização pública e privada de uso comunitário devem ser adaptados, com o objetivo de promover a maior acessibilidade possível aos indivíduos.

Os serviços de saúde prestam assistência de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva de promover bem-estar físico, psicológico e social aos indivíduos¹⁷, aumentando assim sua qualidade de vida. Entretanto, é crescente o número de evidências de que PCD enfrentam barreiras ao tentar acessar os serviços de saúde, apesar de existirem leis, há alguns anos, que exigem o acesso pleno e igual para cuidar dessa população, seja por rampas, estacionamento, portas, banheiros e, até, equipamentos médicos. Porém, na prática, ainda há muitas lacunas. Pesquisas anteriores já haviam enfatizado a necessidade de “mais rampas” para melhorar a acessibilidade, pois a impossibilidade de entrar em um edifício é a razão de alguns pacientes com deficiência não procurarem os serviços de saúde¹⁸.

Um estudo realizado na Colômbia destacou que, em média, 82,0% das PCD gostariam que se aprimorassem as instituições de saúde, os parques, as avenidas, as rodovias e os demais ambientes públicos e privados, pois isso melhoraria a mobilidade para participarem de atividades e para aumento nas buscas pelos serviços, principalmente os de saúde¹⁹.

No que se refere às portas, 72,2% têm largura livre de 80 cm; nas USF cujas portas são do tipo ‘vai e vem’, 5,6% são dotadas de visor vertical. O visor tem a finalidade de facilitar a visibilidade de pessoas ou objetos que possam estar do lado oposto. Isso evita acidentes comuns, como abaloamento ou atropelamento⁴. Das que têm portas corrediças, apenas 17,8% apresentam trilhos rebaixados, ou seja, nivelados com a superfície do piso. Poucas são as USF que oferecem essa condição, que é um fator importante, pois facilita a entrada e a saída das PCD física e visual nos ambientes.

Os dados apresentados mostram que as USF não se localizam em prédios adequados para as necessidades de toda a população, principalmente as que apresentam alguma deficiência. Muitos serviços de saúde são instalados em prédios improvisados, que estão disponíveis nas comunidades e não apresentam uma construção específica para atender a todos os usuários e aos profissionais que ali trabalham. Por essa razão, ressalta-se a importância dos profissionais da área de saúde de conecerem o cotidiano desses sujeitos e dos seus familiares para contribuir com a busca de estratégias de enfrentamento dos problemas que influenciam sua inclusão social e ajudá-los no processo de reabilitação, seja para preservar sua capacidade funcional, seja para compensar a perda de uma função ou limitação. Para isso, devem apropriar-se de conhecimentos acerca da legislação que os ampara para atuar em benefício desses indivíduos e, consequentemente, facilitar sua vida social²⁰.

Em relação ao piso, ressalta-se a importância da superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. Porém essa pesquisa mostrou que 36,7% das USF não apresentam esse requisito, e ainda que 37,8% não têm circulação coletiva de, no mínimo, 1,20m. No que se refere a esse aspecto mencionado por último, é relevante salientar que os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, para assegurar uma faixa livre de barreiras ou obstáculos, e ter larguras mínimas. É recomendando também evitar a utilização de padronização na superfície do piso que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que, devido ao contraste de cores, possa causar a impressão de tridimensionalidade)⁶.

Para a criação de ambientes favoráveis e acolhedores que operem positivamente na locomoção de toda a população, compreendendo todos os aspectos e limitações, além de políticas em matéria de programação e de pessoal, outras

políticas e procedimentos devem ser revistos. Por exemplo, todas as unidades de saúde devem apresentar corredores amplos e com todos os ambientes disponíveis, com espaço suficiente para que as pessoas que precisam utilizar instrumentos para se deslocar, como cadeiras de rodas, andador, muletas, possam fazê-lo sem nenhuma dificuldade¹⁸.

Na perspectiva da reflexão ora mencionada, no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a capacitação de recursos humanos em saúde para o cuidado com essa clientela é prioridade, porquanto a forma como as PCD enxergam a realidade, como se sentem em relação à sociedade, como lidam com as questões diárias do acesso a esse serviço, no momento em que são bem recebidas, acolhidas e podem usufruir de ambientes com total liberdade, deve ser considerada pelos profissionais que lidam diretamente com essa sociedade²¹.

A pesquisa mostrou, ainda, que as rampas das USF, em sua maioria não obedece às normas preconizadas pela NBR 9050, porque apenas 30,0% foram construídas com inclinação máxima para minimizar os esforços da PCD; 32,2% têm piso antiderrapante, e 2,2%, acabamento diferenciando no início e no término da rampa para orientar as PCD visual. Tal achado é contrário a um estudo realizado na atenção primária da Califórnia, em que 98,8% das rampas presentes atendem ao padrão de comprimento, de desembarque e de largura²². No que concerne ao acabamento diferenciando, a sinalização tátil consiste em relevos lineares cuja função é de orientar o caminho a ser seguido, portanto, deve ser instalada numa disposição regular em áreas de circulação na ausência ou quando da interrupção da guia de balizamento, indicando o caminho a ser percorrido, para facilitar o trajeto dessas pessoas ao serviço de saúde²³.

Em estudo com PCD visual, um deles não comparecia às consultas previamente marcadas e mostrava-se resistente ao acompanhamento do seu estado de saúde na USF, pois o serviço não apresentava condições adequadas para seu acesso²⁴. Deste modo, em detrimento à impossibilidade do acesso ao serviço de saúde, as PCD podem se tornar mais susceptíveis à doenças, como também retardar o tratamento quando já estão instaladas. Além de que devido a sua condição essas pessoas podem apresentar uma necessidade de acesso à saúde maior que a população em geral.

Estudo realizado na Índia²⁵, com 839 pessoas com deficiência e 1153 sem deficiência, evidenciou que aquelas com deficiência apresentam uma necessidade de busca por serviços de saúde

maior em comparação com as sem deficiência. Diferenças significativas também foram observadas em relação à hospitalização passada. Além de que pessoas com deficiência tinham 4,6 vezes maior risco de sofrer de diabetes e 5,8 vezes maior risco de sofrer de depressão.

Percebe-se, desse modo, que a relevância social das deficiências extrapola a esfera da saúde e atinge a sociedade como um todo, visto que a PCD tem as mesmas necessidades das outras pessoas além das peculiares à sua condição. Em face dessas circunstâncias, o modo como interagem com o mundo, desenvolvem suas atividades diárias e se comunicam é diferente e ocorre conforme sua desenvoltura. Nesse contexto, a adaptação de indivíduos com deficiência acontece por meio de mecanismos compensatórios no sistema de orientação²⁶.

No que diz respeito às escadas fixas, a minoria têm altura e largura permitidas; apenas 6,7% têm piso antiderrapante, e 1,1%, sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento, medindo entre 0,02 m e 0,03 m de largura. A respeito da ausência de sinalização visual de alerta e direcional no passeio público, cabe informar que é essencial para que PCD visual possam se locomover. A sinalização tátil de alerta tem como principal função informar os locais de parada, mudança de direção, início e fim de escadas e elevadores, entre outros. Para tanto, deve seguir especificações quanto ao sentido e ao local de instalação²³.

Problemas de acessibilidade não são encontrados apenas em serviços de saúde. Uma pesquisa realizada em um shopping constatou a falta de boa sinalização visual para encontrar serviços do ambiente devido à pouca visibilidade e ao contraste inadequado de materiais no chão, especificamente. A utilização de sinais e de pistas espaciais visuais como indicadores de mudanças no ambiente foi considerada fundamental para a locomoção das PCD visual²⁷.

No referente aos corrimões encontrados nas USF, algumas características não atenderam aos itens de segurança: somente 10,0% estão instalados em ambos os lados; 13,4% estão numa altura de 92 cm do piso; 7,8% prolongam-se pelo menos 30 cm antes do início e do término; nenhum tem sinalização através de anel com textura contrastante com a superfície do corrimão e não são sinalizados em braille. Outros estudos apontam resultados equivalentes^{4,5,22}.

O corrimão instalado de ambos os lados, com prolongamento de, pelo menos, 30 cm no início e no término, é considerado fator de apoio para as pessoas. As PCD motora, em particular as que de-

pendem de muletas, têm sua liberdade de caminhar preservada quando empunham o corrimão e transferem parte do peso para o apoio fixo. Esse procedimento tem de ser executado pelo membro contra lateral ao que apresenta a deficiência. Por esse motivo, quando localizado apenas unilateralmente, não atende às necessidades dessa população⁴.

As barreiras arquitetônicas são um fator preocupante para a inserção das PCD na sociedade. Um estudo realizado em Porto Alegre afirma que a própria população se organiza para arrecadar fundos, a fim de melhorar as condições de acessibilidade. No entanto, devido à carência de recursos, muitos familiares deixam de trabalhar para cuidar da PCD, o que diminui a renda familiar e acarreta outros problemas sociais e econômicos²⁸.

As dificuldades e as limitações enfrentadas pela PCD são ampliadas em situações em que sua acessibilidade não é garantida. Isso causa dependência para as atividades e prejudica a autoestima e o desenvolvimento intelectual, social e cultural dos sujeitos.

Deve ser posto em destaque o impacto e a importância que as políticas públicas devem ter na promoção das várias mudanças na vida desses indivíduos, instituídas pela mais recente, a Lei de Inclusão da Pessoa com deficiência – Estatuto da pessoa com deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania²⁹.

O acesso aos serviços de saúde é o processo que pode ser alcançado por uma deterioração do estado de saúde, um diagnóstico, ou para prevenir e promover saúde. Soma-se a isso o fato de que esses serviços são considerados programas de nível local, comunitário, regional, estadual ou nacional, destinados a prestar assistência aos indivíduos para seu bem-estar físico, psicológico e social¹⁷. Entretanto, é crescente o número de evidências de que PCD enfrentam barreiras, apesar de existirem leis, há alguns anos, que exigem o acesso pleno e igual para cuidar dessa população, seja por rampas, estacionamento, portas, banheiros e, até, equipamentos médicos. Porém, na prática, ainda há muitas lacunas¹⁸.

É preciso entender que, para se promover a acesso universal, é fundamental que as unidades de saúde disponham de adaptações ambientais adequadas às PCD, favorecendo sua autonomia e independência pessoal, total ou assistida.

Sendo assim, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de redes de atendimento adequadas para à demanda, articuladas com outras

áreas de conhecimento, que garantam às pessoas, acessibilidade aos serviços e aos estabelecimentos de saúde de forma fácil, em conformidade com as normas técnicas recomendadas. Assim, deve-se reconhecer que todas as pessoas com algum tipo de dificuldade têm o direito de utilizar os serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário identificar nesses locais as adaptações necessárias que garantam a acessibilidade livre e sem dificuldades extras⁵.

Conclusão

Os resultados expostos nesta pesquisa evidenciaram que as USF do município de João Pessoa-PB, em sua maioria, não têm condições adequadas de acessibilidade para as PCD física e/ou sensorial referente à estrutura interna. É preciso entender que, para se promover a acesso universal, é fundamental que as unidades de saúde disponham de adaptações ambientais adequadas à PCD, favorecendo sua autonomia e independência pessoal, total ou assistida.

Nesse sentido, intervenções específicas e dirigidas a esse grupo populacional e a avaliação das políticas públicas vigentes, para efetivar tudo o que é garantido por lei seriam uma forma de minimizar as dificuldades decorrentes dessas deficiências e promover um cuidado de acordo com os princípios do SUS, ou seja, de forma plena, integral e universal para essa população.

No Brasil, existe uma das melhores legislações voltadas para os direitos da PCD. No entanto, elas ainda precisam ser mais bem implementadas e fiscalizadas para que se possa construir ações conjuntas para prevenir deficiências e facilitar a acessibilidade, o que possibilitará a verdadeira inclusão social dessas pessoas, permitindo o uso completo dos serviços e a satisfação das necessidades de saúde.

Colaboradores

KP Martins participou da concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; TM Medeiros e TF Costa participaram da análise e interpretação dos dados e redação do artigo; MGM Fernandes e ISX França participaram da concepção e delineamento, e revisão crítica do artigo; KNFM Costa orientou todas as etapas da elaboração do artigo e realizou sua revisão crítica. Todos os autores realizaram a aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* 2011; *Saúde no Brasil* 1:11-31.
2. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KS, Alves SB. Accessibility for people with disabilities or permanent mobility restrictions to the Unified Health System. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1833-1840.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
4. Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. Accessibility and physical deficiency: identifying architectural barriers in internal areas of hospitals in Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4):581-588.
5. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian states. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):39-44.
6. Brasil. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). *NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano*. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
7. Nascimento VF. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde* 2012; 3(3):1031-1044.
8. Othero MB, Dalmaso ASW. Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):177-188.
9. Castro SS, Lefevre F, Lefevre AMC, Cesar CLG. Accessibility to health services by persons with disabilities. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):99-105.
10. Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* 2011; 32(2):378-384.
11. Aragão AEA, Pagliuca LMF, Macêdo KNF, Almeida PC. Sanitary installations, equipment and circulation areas in hospitals: adaptations for the physically disabled people. *Rev Rene*. 2008; 9(1):36-44.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez.
14. Castro SS, Paiva KM, César CL. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012; 17(2):128-134.
15. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Symbolical violence in the access of disabled persons to basic health units. *Rev. bras. enferm*. 2010; 63(6):964-970.
16. Gasparoto MC, Alpino AMS. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. *Rev. bras. educ. espec.* 2012; 18(2):337-354.
17. Ruiz CPS, Ramírez CR, Miranda JPA, Camargo LVR, Urquijo LYG, González NC. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Salud UIS* 2013; 45(1):41-51.
18. Lagu T, Iezzoni LI, Lindenauer PK. The Axes of Access - Improving Care for Patients with Disabilities. *N Engl J Med*. 2014; 370:1847-51.
19. Floyd MH, Zambrano JA, Antó AM, Jiménez CS, Solórzano CP, Diaz AL. Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Rev Salud Uninorte* 2012; 28(2):227-237.
20. Leal DR, Mattos GD, Fontana RT. Worker with physical disability: weaknesses and disorders self referred. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(1):59-66.
21. Sales AS, Oliveira RF, Araújo EM. Inclusion of persons with disabilities in a Reference Center for STD/AIDS of a town in Bahia, Brazil. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(2):208-214.
22. Mudrick NR, Breslin ML, Liang M, Yee S. Physical accessibility in primary health care settings: Results from California on-site reviews. *Disabil Health J* 2012; 5(3):159-167.
23. Silva JVP, Tosta QP, Otto HR, Lins ACS, Sampaio TMV. Accessibility of people with physical and visual impaired the Sport Park Itanhangá. *Motricidade* 2012; 8(S2):249-258.
24. Souza ELV, Moura GN, Nascimento JC, Lima MA, Pagliuca LMF, Caetano JA. Nursing diagnoses based on the self-care theory in people with visual deficiency. *Rev Rene* 2012; 13(3):542-551.
25. Gudlavalletti MVS, John N, Allagh K, Sagar J, Kamalakannan S, Ramachandra SS. Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. *BMC Public Health* 2014; 14:1125.
26. Pagliuca LMF, Regis CG, França ISX. Analysis of communication between blind people and Nursing students. *Rev. bras. enferm*. 2008; 61(3):296-301.
27. Poldma T, Labbé D, Bertin S, Grosbois È, Barile M, Mazurik K, Desjardins M, Herbane H, Artis G. Understanding people's needs in a commercial public space: About accessibility and lived experience in social settings. *European Journal of Disability research* 2014; 8(3):206-216.
28. Wagner LC, Lindemayer CK, Pacheco A, Silva LDA. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. *Rev. bras. cienc. mov.* 2010; 12(23):55-67.
29. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com deficiência). *Diário Oficial da União* 2015; 7 jul.

Artigo apresentado em 29/01/2016

Aprovado em 19/07/2016

Versão final apresentada em 21/07/2016