

Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento



Physical accessibility in primary health care: a step towards the embracement
Accesibilidad física en la atención primaria de salud: un paso más para la acogida

Juliana Freitas Marques^a
 Aline Cruz Esmeraldo Áfio^a
 Luciana Vieira de Carvalho^a
 Sarah de Sá Leite^a
 Paulo César de Almeida^b
 Lorita Marlena Freitag Pagliuca^{a,c}

Como citar este artigo:

Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV, Leite SS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0009. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>.

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>

RESUMO

Objetivo: Avaliar acessibilidade física da recepção de unidades de atenção primária à saúde.

Método: Pesquisa descritiva, quantitativa, para mapear acessibilidade do espaço físico da área de recepção em 157 unidades de saúde, entre agosto de 2014 a maio de 2015, na região do maciço de Baturité, Ceará, Brasil. Os dados foram coletados com instrumento tipo check-list e para análise utilizou-se frequências absolutas, relativas, teste binomial e teste de verossimilhança, com significância estatística de $p < 0,05$.

Resultados: Dos itens analisados, escadas (24,8%), rampas (47,1%) e piso (75,8%) foram inacessíveis na maioria das unidades de saúde. Comparando zona urbana e rural, área de circulação (0,7x; $p=0,293$), balcão (0,4x; $p=0,010$), assento (0,7x; $p=0,758$) e bebedouros (0,7x; $p=0,736$) tiveram maior inacessibilidade na zona urbana.

Conclusão: O acesso das pessoas com deficiência física na atenção primária deve ser visto como prioridade; existem barreiras físicas, arquitetônicas e mobiliárias que comprometem o acolher integralmente do usuário.

Palavras-Chaves: Pessoas com deficiência. Atenção primária à saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the physical accessibility from the front desk of primary healthcare units.

Method: Descriptive and quantitative research to map the accessibility of the physical space in 157 health units, between August 2014 and May 2015, in the region of Baturité, Ceará, Brazil. The data were collected using a checklist instrument type, and absolute and relative frequencies, binomial and verisimilitude tests for statistical analysis, with statistical significance of $p < 0.05$ were used.

Results: Of the analyzed items, stairs (24.8%), ramps (47.1%) and floors (75.8%) were inaccessible in most health units. Comparing urban and rural areas, circulation area (0.7x, $p=0.293$), counter (0.4x, $p=0.010$), seat (0.7x, $p=0.758$) and drinking fountain (0.7x, $p=0.736$) were more inaccessible in the urban area.

Conclusion: The access of persons with physical disabilities to primary care should be seen as a priority. There are physical, architectural and furniture barriers that compromise the full embracement of the user.

Keywords: Disabled persons. Primary health care. Health services accessibility.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la accesibilidad física de la recepción de las unidades de atención primaria de la salud.

Método: Investigación descriptiva y cuantitativa para mapear la accesibilidad del espacio físico de la zona de recepción en 157 unidades de salud, entre agosto 2014 y mayo 2015, en la región del cerrado de Baturité, Ceará, Brasil. Se recolectaron los datos a través del instrumento tipo check-listy, y los mismos se analizaron mediante frecuencias absolutas, relativas, prueba binomial y la prueba de probabilidad, con significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: De los elementos analizados, escaleras (24,8%), rampas (47,1%) y piso (75,8%) la mayoría de las unidades de salud era inaccesible. Comparando las áreas urbanas con las rurales, las áreas de circulación (0,7x; $p = 0,293$), las barras (0,4x; $p = 0,010$), los asientos (0,7x; $p = 0,758$) y los bebederos (0,7x; $p = 0,736$) presentaron mayor inaccesibilidad en el área urbana.

Conclusión: El acceso de las personas con discapacidad física en la atención primaria debe ser percibido como una prioridad. Existen barreras físicas, arquitectónicas y mobiliarias que comprometen la acogida integral del usuario.

Palabras clave: Personas con discapacidad. Atención primaria de salud. Accesibilidad a los servicios de salud.

^a Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Enfermagem, Farmácia e Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil.

^b Universidade Estadual do Ceará (UFC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Ceará, Brasil.

^c Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção, Ceará, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A dificuldade de locomoção nos espaços urbanos vivenciada pelas Pessoas com Deficiência (PcD) física e com mobilidade reduzida incluem as condições de infraestrutura de locais públicos e privados, que por muitas vezes, são inadequadas, impedindo o exercício da cidadania em sua plenitude pela dificuldade de deslocar-se livremente. Quando se trata de acesso até um serviço de saúde, destacam-se as barreiras arquitetônicas nas vias públicas e edificações, que impedem ou dificultam a acessibilidade ao serviço⁽¹⁾.

Importante destacar a polissemia da palavra acesso, entendida desde a capacidade do usuário em buscar e obter atenção em saúde, até a disponibilidade de recursos de atenção em saúde tendo em conta sua capacidade para produzir serviços. Acessibilidade é característica dos recursos em saúde e das populações, no processo de busca e obtenção da atenção em saúde. Assim, compreende-se que acessibilidade é o universo ao redor e a interface entre a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde⁽²⁾.

Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada no sistema de saúde e o acesso se dá na recepção, onde se realiza acolhimento, encaminhando usuário para assistência conforme sua necessidade. Profissionais de saúde alocados na recepção acolhem em período integral e o espaço deve estar apto para receber todos os usuários, inclusive aqueles que apresentam deficiência⁽³⁾.

Nestas unidades, o acolhimento é especialmente importante. Quando chega ao serviço, o indivíduo está em situação de vulnerabilidade e a forma como é recebido influencia na relação que será estabelecida com a equipe do serviço. Destaca-se a ambiência na saúde como elemento fundamental do acolhimento, referindo-se ao espaço físico entendido como meio social, profissional e de relações interpessoais, que deve ser construído coletivamente a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana⁽⁴⁾.

Acolhimento possui um qualitativo positivo associado à humanização, por meio da garantia da equidade e no atendimento às necessidades de saúde da população. No tocante à pessoa com deficiência, humanização nos serviços de atenção primária é algo que deve ser resolutivo por meio do estabelecimento de estruturas inclusivas e da participação dos usuários nas unidades de saúde. Estes não são somente expectadores e podem assumir posturas mais efetivas, propondo alternativas viáveis frente aos problemas identificados⁽⁵⁻⁶⁾.

Em relação a estrutura física, constata-se inobservância dos requisitos de acolhimento as PcD física e com mobilidade reduzida devido à falta de acessibilidade no interior das unidades de saúde, o que reflete na invisibilidade desse grupo populacional, sobretudo na exclusão das pessoas

com deficiência às ações de promoção, prevenção e manutenção à saúde⁽⁷⁾.

Acesso com equidade deve ser preocupação constante no atendimento em saúde, como princípio de justiça baseado na premissa de que é preciso tratar cada um de acordo com a sua necessidade⁽¹⁾. Logo, acolhimento como um requisito de acesso, deve garantir ao usuário qualidade ao utilizar o serviço. Contudo, o não cumprimento das normatizações de acessibilidade e a disposição dos profissionais interferem diretamente no acesso e acolhimento da população⁽⁵⁾.

No que diz respeito as práticas profissionais, o envolvimento no acolhimento de modo a aumentar a acessibilidade, o vínculo e a responsabilização perante a comunidade devem ser aplicados para melhorar o processo de cuidado e o relacionamento com os usuários por meio da atenção integral e universal⁽⁸⁾.

Pouco se conhece sobre as condições de acessibilidade física das unidades de atenção primária, principalmente em regiões menos desenvolvidas, o que dificulta a avaliação e o planejamento de ações visando garantir o acesso e o acolhimento das pessoas com deficiência nos serviços de saúde. A partir do exposto, questiona-se: as áreas de recepção de unidades de atenção primária à saúde são acessíveis aos usuários com deficiência física ou mobilidade reduzida?

Visando contribuir para a construção de serviços de saúde inclusivos, o estudo tem como objetivo avaliar acessibilidade física da recepção de unidades de atenção primária à saúde e sua relação com o acolhimento.

■ MÉTODO

Pesquisa descritiva, de delineamento quantitativo com vistas a mapear as estruturas arquitetônicas de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) situadas em 16 municípios que compõem a região do Maciço de Baturité, localizada no Estado do Ceará, Brasil. A região possui um total de 216 UAPS localizadas em zonas urbanas e rurais. A amostra do estudo foi de 157 unidades, sendo 92 unidades localizadas na zona urbana e 65 na zona rural dos municípios pesquisados. Foram excluídas 59 UAPS que estavam em reforma arquitetônica.

A coleta de dados ocorreu de agosto de 2014 a maio de 2015 por integrantes do projeto de Pesquisa Pessoa com Deficiência: Investigação do cuidado de Enfermagem. Todos foram treinados para conhecimento da norma e sua aplicabilidade junto à realização correta das medições em campo. Utilizou-se trenas manuais, câmeras filmadoras e instrumento do tipo *check-list* denominado Registro de Acessibilidade Física às Unidades de Saúde, elaborado a partir da Norma Brasileira 9050 (NBR 9050) da Associação Brasileira de Nor-

mas Técnicas (ABNT)⁽⁹⁾, documento que padroniza medidas de edificações, mobiliário e espaços urbanos. O instrumento foi previamente testado antes de ser aplicado.

O instrumento engloba dados de identificação da unidade de saúde e tópicos sobre estrutura física e mobiliário dos seus setores. Para este estudo que aborda a acessibilidade física da área da recepção, considerou-se em específico dois tópicos e seus itens correspondentes discriminados a seguir: 1) Acesso ao interior do prédio com escadaria com corrimão; rampa; portas de 80cm; portas do tipo vai e vem com visor vertical; portas de correr com trilhos rebaixados; piso regular, estável, firme e antiderrapante; área de circulação mínima de 1,20m; circulação livre de obstáculos e 2) Mobiliário composto por balcões e mesas de trabalho com altura de 75 a 85cm do piso; assentos com profundidade de 45cm, a 46cm do piso, alças de apoio ou braços; bebedouro suspenso com altura inferior de 73cm e altura da bica a 90cm do piso; telefone suspenso com altura inferior de 73cm e altura da parte operacional a 1,20m do piso; sistemas de botoeiras, comandos e acionamentos entre 80cm e 1,20m do piso.

Tais itens foram avaliados por meio de *check-list* com as seguintes opções de resposta: Acessível (A), quando a estrutura estava acessível; Inacessível (I), estrutura inacessível;

Não Possui (NP), não havia a estrutura a ser avaliada e Não se Aplica (NA), não havia necessidade de ter a estrutura no local.

Dados coletados foram agrupados em planilha, no programa Microsoft Excel®, sendo realizada dupla digitação para evitar possíveis erros. Para as análises estatísticas utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, na versão 20.0. Tabelas foram construídas para exposição das frequências absolutas, relativas, resultados do teste binomial, teste de verossimilhança e razão de chance. Adotou-se nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) com número 652.134/2014. Respeitados princípios internacionais de ética na pesquisa com seres humanos e, solicitada autorização dos Secretários de Saúdes dos municípios para acesso às UAPS.

■ RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados de acessibilidade física, com quantitativo de 14 itens, referentes a área da recepção, os quais foram divididos em dois tópicos: acesso ao interior do prédio e mobiliários.

Tabela 1 - Distribuição do número de Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo itens de acessibilidade física da área da recepção, Região do Maciço de Baturité, Ceará-Brasil, 2014

Variáveis	Acessível	Inacessível	p	NP/NA ⁽¹⁾
	n (%)	n (%)		n (%)
Acesso ao interior do prédio				
Escadas	3 (1,9)	39 (24,8)	<0,0001	115 (73,2)
Rampas de acesso	41 (26,1)	74 (47,1)	0,003	42 (26,8)
Portas com largura de 80cm	138(87,9)	19 (12,1)	<0,0001	-
Portas vai/vem com visor vertical	3 (1,9)	1 (6,0)	0,625	153 (97,5)
Portas correr em trilhos rebaixados	4 (2,5)	2 (1,3)	0,687	151 (96,2)
Piso	38 (24,2)	119 (75,8)	<0,0001	-
Área de circulação mínima 1,20	111(70,7)	46 (29,3)	<0,0001	-
Circulação livre de obstáculos	95 (60,5)	62 (39,5)	0,010	-
Mobiliário				
Balcão	47 (29,9)	104 (66,2)	<0,0001	6 (3,8)
Assentos	3 (1,9)	152 (96,8)	<0,0001	2 (1,3)
Bebedouros	9 (5,7)	29 (18,5)	0,002	119 (75,8)
Telefones Públicos	1 (0,6)	19 (12,1)	<0,0001	137 (87,3)
Comandos e acionamentos	-	4 (2,5)	0,125	153 (97,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

p do teste binominal;

⁽¹⁾Não possui (NP), Não se aplica (NA).

Acesso ao interior do prédio registrou escadas (24,8%; $p < 0,0001$), rampas (47,1%; $p = 0,003$) e piso (75,8%; $p < 0,0001$) inacessíveis. Portas acessíveis (87,9%; $p = < 0,0001$). Na área de circulação, largura estava adequada (70,7%; $p < 0,0001$) e ausência de obstáculos (60,5%, $p = 0,010$).

Mobiliário evidenciou balcão (66,2%; $p < 0,0001$), assentos (96,8%; $p < 0,0001$), bebedouros (18,5%; $p = 0,002$), telefones públicos (12,1%; $p < 0,0001$) inacessíveis ($p < 0,05$).

Tabela 2 mostra dados de acessibilidade física em relação às zonas rural e urbana.

Tabela 2 - Distribuição do percentual de itens de acessibilidade, da área da recepção, das Unidades de Atenção Primária à Saúde, segundo zona rural ou urbana. Região do Maciço de Baturité, Ceará-Brasil, 2014

Variáveis	Rural (%)	Urbana (%)	RC (IC 95%)	p
Acesso ao Interior do Prédio				
Escadas	5,3	8,7	1,7 (0,1 – 20,5)	0,664
Rampa de Acesso	18,5	58,0	6,1 (2,6 – 14,1)	<0,0001
Porta largura de 80cm	85,9	90,8	1,6 (0,5 – 4,5)	0,354
Porta vai/vem e com visor	–	100,0	–*	0,034
Porta de correr trilhos rebaixados	–	100,0	–*	0,006
Piso	16,3	35,4	2,8 (1,3 – 5,9)	0,006
Área de circulação mínima 1,20	73,9	66,2	0,7 (0,3 -1,4)	0,293
Circulação livre de obstáculos	64,1	55,4	0,7 (0,4 – 1,3)	0,270
Mobiliário				
Balcão	39,5	20,0	0,4 (0,2 – 0,8)	0,010
Assentos	2,2	1,5	0,7 (0,1 – 7,8)	0,758
Bebedouros	28,6	22,6	0,7 (0,1 – 4,6)	0,736
Telefones Públicos	–	8,3	0,6 (0,4 – 0,9)	0,304

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
p do teste de razão de verossimilhança; *não se pode calcular a razão de verossimilhança.

Escadas (1,7x; $p = 0,664$), rampa de acesso (6,1x; $p < 0,0001$), largura da porta (1,6x; $p = 0,354$), piso (2,8x; $p = 0,006$) e telefones (0,6x; $p = 0,304$) apresentaram chance mais elevada, de ser inacessíveis, na zona rural do que na zona urbana.

Em contrapartida, os itens: área de circulação mínima (0,7x; $p = 0,293$), ausência de obstáculo (0,7x; $p = 0,270$), balcão (0,4x; $p = 0,010$), assento (0,7x; $p = 0,758$) e bebedouros (0,7x; $p = 0,736$) apresentaram chance mais elevada, de ter itens inacessíveis, na zona urbana do que na zona rural.

DISCUSSÃO

Várias barreiras limitam os cuidados aos usuários de saúde, incluindo atitudes profissionais e falhas na comunicação, até o acesso físico aos serviços de saúde⁽¹⁰⁾. Considerando o espaço físico como uma importante ferramenta de acolhimento nas unidades de atenção primária à saúde, as barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com deficiência são formadas por todo e qualquer obstáculo relacionado às construções urbanas ou às edificações⁽¹¹⁾.

As barreiras impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, rampas inadequadas, mobílias não acessíveis constitui parte dos inúmeros exemplos de barreiras arquitetônicas. E é uma dificuldade experimentada no cotidiano dos espaços destinados aos cuidados à saúde, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários⁽¹¹⁾.

Neste estudo, a prevalência da proporção de itens inacessíveis na recepção das unidades de APS é preocupante, pois a maioria não atende os padrões exigidos pela NBR 9050, que prevê a promoção da acessibilidade nos ambientes, proporcionando condições de autonomia e segurança para a população⁽⁹⁾.

A dificuldade de acesso ao interior dos prédios é observada com a presença de escadas e rampas de acesso inacessíveis. Levando-se em consideração o alcance da equidade em saúde das pessoas que apresentam alguma deficiência é indispensável, na perspectiva do acolhimento inclusivo, que as entradas aos serviços de saúde sejam adequadas a todos os usuários⁽¹²⁾. Pessoas com deficiência

ou mobilidade reduzida são expostas a situações constrangedoras ao serem transportadas em cadeiras de rodas ou nos braços de trabalhadores de saúde ou familiares para que possam ser submetidos a exames; além do constrangimento há risco de queda e lesões corporais. Estas ocorrências comprometem o acolhimento que pressupõem conforto físico e emocional.

Estudo que entrevistou usuários do sistema público de saúde com deficiência ou restrição de mobilidades aponta que 63,9% dos entrevistados, relataram barreiras arquitetônicas como rampas e calçadas desde o caminho de suas residências até aos locais onde recebiam atendimento⁽¹³⁾.

Apesar de itens como portas de entrada ao prédio e área interna de circulação estarem acessíveis na maioria das unidades de APS pesquisadas, deve-se atentar para o conjunto dos itens analisados, visto que somente com a supressão de todas as barreiras, os usuários terão seus direitos à saúde respeitados.

Cabe, portanto, aos usuários, gestores e aos profissionais de saúde o papel de detecção das limitações físicas, além da discussão de alternativas para que elas sejam derrubadas. A atuação conjunta desses atores garante uma maior pressão social no sentido da mudança e abolição das barreiras de acessibilidade⁽²⁾. Compartilhar de ambientes acessíveis contribui para a integração social visto que estimula a interação e o aprendizado de conviver com o diferente.

O fato de que os profissionais de saúde não são preparados para atender as PcD é apontado como um dos principais desafios enfrentados pelos deficientes ao tentar acessar os serviços de saúde. Entretanto, a inacessibilidade física é o grande desafio experimentado, pois as instalações físicas hostis dos serviços impedem a inclusão da população na rede de assistência à saúde⁽¹⁴⁾.

Destaca-se que usuários, trabalhadores e gestores possuem a corresponsabilidade pela organização e funcionamento dos serviços de saúde por meio da participação e do controle social. Somente compartilhando saberes, compromissos e responsabilidades será possível estabelecer uma nova prática que convida para o repensar ético-político da inclusão nos serviços de saúde. Em organizações de trabalho tão individualizadas e com constantes alterações nas relações sociais, talvez seja esse o grande desafio na humanização dos serviços de saúde^(6,15).

Avaliação do mobiliário presente no espaço físico da recepção das unidades de saúde aponta para inacessibilidade do balcão de atendimento, assentos e cadeiras, bebedouros e telefones públicos. Assim, um paciente não consegue posicionar sua cadeira de rodas junto à mesa de entrevista para estabelecer distância física e de interação adequadas; o tom de voz deve ser elevado comprometendo

o sigilo da informação. Acolhimento exige contato visual no mesmo nível entre os interlocutores, a possibilidade do toque afetivo que reforça orientações técnicas de saúde.

Destaca-se que a inacessibilidade em relação a estrutura física não ocorre apenas em UAPS. Em estudo realizado na Inglaterra, as pessoas com deficiência têm dificuldade de acesso não só aos serviços primários, mas também repercussão no acesso a cirurgias pela falta de acessibilidade física nas instalações dos centros cirúrgicos⁽¹⁶⁾.

Comparando áreas de diferentes densidades populacionais, como a urbana e a rural, em ambas, as unidades de saúde apresentaram significância de itens não acessíveis. Entretanto, o acesso principal ao prédio que engloba escada, rampas e porta de entrada possui maior barreira na zona rural.

A maioria dos serviços de saúde localizados na zona rural estão em regiões carentes, com uma distribuição desigual de recursos e de políticas inclusivas. Pessoas que vivem em lugares desiguais tem menos acesso aos serviços de saúde. Medidas devem ser consideradas para aliviar a acessibilidade desigual nos serviços em áreas mais remotas e isoladas⁽¹⁷⁾. Profissionais de saúde das unidades avaliadas recorrentemente informavam atender pessoas com deficiência no domicílio, quando necessário a equipe se deslocava até a residência. Esta é uma intervenção paliativa visto que mantém esta pessoa em isolamento social. Acolhimento pressupõem estar junto de outros e usufruir de ambientes físicos e humanos.

Recomenda-se que as instalações físicas acessíveis sejam proativamente alocadas para apoiar os segmentos mais vulneráveis e desfavorecidos da população, sejam em áreas urbanas ou rurais, de forma a incluir as PcD nos cuidados primários à saúde. Além do que, é necessário que haja uma mudança na formação dos profissionais de saúde relacionadas ao acesso e acolhimento das pessoas com deficiência nos serviços de saúde, de forma a reduzir não só as barreiras físicas, mas o preconceito social⁽¹⁸⁾.

■ CONCLUSÃO

Resultados evidenciam que o acesso ao interior do prédio das unidades de saúde se dá por escadas, rampas e piso inacessíveis. Portas parcialmente acessíveis em relação a largura e ausência de obstáculos físico. Mobiliário com balcão, assentos, bebedouros e telefones públicos inacessíveis. Escadas, rampa de acesso, largura da porta, piso e telefones apresentaram chance mais elevada de ser inacessíveis, na zona rural do que na zona urbana. Por outro lado, área de circulação mínima, ausência de obstáculo, balcão,

assento e bebedouros com chance mais elevada de itens inacessíveis, na zona urbana do que na zona rural.

Neste cenário o acesso das PcD física as unidades de atenção primária a saúde é um desafio, visto que ainda existem barreiras físicas, arquitetônicas e mobiliárias. A falta de inclusão nos serviços de saúde implica uma redução no atendimento, contribuindo para a diminuição de atividades educativas de promoção, prevenção e manutenção da saúde para este segmento populacional. Certamente, não há ambiência física para o acolhimento.

Limitações são reconhecidas quanto ao fato de se ter avaliado municípios de um único Estado da região Nordeste. Sugerem-se, novas pesquisas a fim de proporcionar discussão ampla e gerar mudanças favoráveis no cuidar de saúde universal. Como contribuições, espera-se sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população a fim de apoiar reflexões coletivas e buscar alternativas práticas para estimular a quebra de barreiras atitudinais na sociedade.

■ REFERÊNCIAS

1. Carvalho LV, Áfio ACE, Rodrigues Junior JC, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Advances in health promotion for people with disabilities and the laws of Brazil. *Health*. 2014;6:2365-74. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/helath.2014.618272>.
2. Castro SS. Pessoas com deficiência e o uso dos serviços de saúde: a questão da (in) acessibilidade. *Bol Inst Saúde*. 2011[citado 2016 jul 26];13(2):162-9. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200010&lng=pt.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF); 2013.
4. Sato M, Ayres JRCM. Art and humanization of health practices in a primary care unit. *Interface (Botucatu)*. 2015 Dec;19(55):1027-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>.
5. Speroni AV, Menezes RA. [The user embracement senses: a study about the access to primary health care services in Rio de Janeiro]. *Cad Saúde Colet*. 2014 Dec;22(4):380-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040011>. Portuguese.
6. Soane AF, Fortes PAC. [Physicians and nurses' perception of the outpatient medical care regarding humanization in health services]. *Saúde Soc*. 2014 Dec; 23(4):1408-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400023>. Portuguese.
7. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. [Demarcation of the accessibility of the handicapped to a basic health services]. *Esc Anna Nery*. 2006 Dec[citado 2016 Feb 03]; 10(3):494-500. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300019&lng=pt. Portuguese.
8. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2676. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>.
9. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro (RJ): ABNT; 2015.
10. Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Fam Med*. 2008 [cited 2016 Oct 11];40(9):645-51. Available from: <http://www.stfm.org/fm-hub/fm2008/October/Elizabeth645.pdf>.
11. 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]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 fev;14(1):39-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>. Portuguese.
12. Sales AS, Oliveira RF, Araujo EM. [Inclusion of persons with disabilities in a reference center for STD/AIDS of a town in Bahia, Brazil]. *Rev Bras Enferm*. 2013 Abr;66(2):208-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200009>. Portuguese.
13. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RA, Ribeiro KSO, et al. [Accessibility for people with disabilities or permanent mobility restrictions to the Unified Health System]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 Jul;17(7):1833-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022>. Portuguese.
14. Ahumuza SE, Matovu JKB, Ddamulira JB, Muhanguzi FK. Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. *Reprod Health*. 2014 Aug 2;11:59. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-59>.
15. Nora CRD, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2013 Dec;47(6):1186-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>.
16. Popplewell NTA, Rechel BPD, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? a nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open*. 2014 Aug 8;4:e004714. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004714>.
17. Hu R, Dong S, Zhao Y, Hu H, Li Z. Assessing potential spatial accessibility of health services in rural China: a case study of Donghai County. *Int J Equity Health*. 2013;12:35. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-35>.
18. Ganle JK, Otupiri E, Obeng B, Edusie AK, Ankomah A, Adanu R. Challenges women with disability face in accessing and using maternal healthcare services in Ghana: a qualitative study. *PLoS One*. 2016 Jun 27;11(6):e0158361. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158361>.

■ Autor correspondente:

Juliana Freitas Marques

E-mail: juliana.fmarques@outlook.com

Recebido: 21.01.2017

Aprovado: 06.10.2017