

ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

ACCESSIBILITY TO BASIC HEALTH UNITS FOR PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES

Yasminn Furtado de Lacerda Araújo¹ 

Alexsandro Silva Coura² 

Inácia Satiro Xavier de França² 

Rafaella Queiroga Souto³ 

Mayara Araújo Rocha² 

Jéssyka Chaves da Silva¹ 

ABSTRACT

Objective: to evaluate the accessibility of the physically disabled to the physical structure of Basic Health Units. Methods: descriptive, exploratory research, with a quantitative approach, conducted in 80 basic units of Campina Grande-Paraíba, Brazil, in 2019. An adapted collection instrument was used, according to Brazilian Technical Standard 9050:2015. Chi-square and Fisher tests were used to verify associations. Results: conditions of public road (68%), access to the unit entrance (74%) and use of the International Symbol of Access (88%) were found to be prevalently negative. Associations were found between unit location area and table dimensions ($p=0.004$), between building type and access to the area ($p=0.023$; 0.015 ; 0.026), vertical circulation conditions inside the building and symbol use ($p=0.012$; 0.035 ; 0.005 ; 0.005 ; <0.001), and the furniture and sanitary facility ($p=<0.001$; 0.001 ; <0.001 ; <0.001 ; 0.002 ; 0.014 ; 0.005). Conclusion: The municipal basic units do not have accessibility for People with Disabilities.

DESCRIPTORS: Disabled Persons; Primary Care; Health Services Accessibility; Architectural Accessibility; Health Centers.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Araújo YF de L, Coura AS, França ISX de, Souto RQ, Rocha MA, Silva JC da. Acessibilidade da pessoa com deficiência física às Unidades Básicas de Saúde. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.75651>.

¹Universidade Estadual da Paraíba, Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

²Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

INTRODUÇÃO

No mundo, há cerca de 45 milhões de pessoas que possuem ao menos um tipo de deficiência. No Brasil, correspondem a 23,9% da população⁽¹⁾. Os direitos desse segmento social foram estabelecidos a partir da Constituição Federal de 1988, que designou a proteção e integração social da pessoa com deficiência (PcD) como responsabilidade das três esferas do governo. Em seguida, foi fortalecida pela Lei N° 7.853/1989, que dispõe sobre o apoio às PcD, trazendo normas para assegurar a efetiva integração social, a partir do pleno exercício dos direitos individuais e sociais da PcD, nas mais diversas áreas, como educação, saúde, trabalho e cidadania, criminalizando qualquer preconceito ou discriminação⁽²⁻⁴⁾.

A deficiência potencializa limitações, a depender de cada tipo, que interferem na execução de práticas diárias consideradas comuns. No que diz respeito à PcD física, existem problemas que interferem na sua locomoção caso não haja uma adequação dos espaços públicos e privados. Tais limitações podem ser aumentadas quando somadas com as barreiras arquitetônicas, fazendo-se necessária a efetivação dos espaços, edificações, mobiliários e equipamentos considerados acessíveis, de modo a diminuir dificuldades de mobilidade ao espaço físico, permitindo a acessibilidade às PcD física e sua inclusão social de maneira equânime e integral⁽⁵⁾.

A acessibilidade é definida como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento do indivíduo, para a utilização com segurança e autonomia das edificações, espaços, mobiliários, equipamentos urbanos e elementos, conforme a NBR 9050, elaborada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)⁽⁶⁾. A acessibilidade possibilita o desenvolvimento de um país inclusivo e igualitário, pois está relacionada com o acesso universal das pessoas aos bens e serviços, considerando suas particularidades⁽⁷⁻⁸⁾.

Parte das legislações e políticas relacionadas a esse grupo abordam a acessibilidade, como requisito para a garantia dos direitos fundamentais da PcD, estando presente no direito à vida, habilitação e reabilitação, saúde, educação, moradia, trabalho, dentre outros. Também é abordada na NBR 9050:2015, que regulamenta critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto às edificações, trazendo a adaptação do meio urbano e rural, garantindo as devidas condições de acessibilidade com segurança e autonomia⁽⁷⁾.

A acessibilidade é um termo fundamental para a inclusão e qualidade de vida da PcD, pois o ambiente traz impacto direto sobre a sua vivência. Ambientes inacessíveis criam barreiras ainda maiores, afetando a autonomia da PcD e impedindo sua mobilidade e direito de ir e vir, presente no art. 5° da Constituição Federal da República^(3,9).

Apesar de o Brasil possuir políticas voltadas para a PcD, não há uma implementação de maneira adequada e elas não são respeitadas e cumpridas integralmente pelas instituições públicas, incluindo os órgãos de saúde⁽⁹⁾. Uma pesquisa descreve como a causa a falta de fiscalização e do planejamento de ações que possam ser realizadas nesse contexto, com intuito de certificar o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de maneira adequada e acessível⁽⁹⁾.

Diante dos direitos das PcD e dos problemas de acessibilidade apresentados pelas estruturas das UBS, este estudo faz-se relevante, pois busca avaliar se as unidades de saúde dispõem de condições ambientais adequadas, fornecendo um espaço acessível às PcD física, sem qualquer discriminação em razão da restrição ou exclusão delas a partir das barreiras arquitetônicas. Nessa perspectiva, objetivou-se avaliar a acessibilidade da Pessoa com Deficiência física à estrutura física das Unidades Básicas de Saúde em um município de médio porte do Nordeste brasileiro.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, exploratória e analítica, com abordagem quantitativa, realizada nos 80 edifícios que constituem as 84 UBS (65 de zona urbana e 19 de zona rural) do município de Campina Grande-PB, caracterizado como interior do estado da Paraíba, possuindo um total de 385.276 habitantes, distribuídos em 641 km² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁰⁾. É o lugar do terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), incorporando 70 municípios numa macrorregião de saúde⁽¹¹⁾. Os critérios de elegibilidade para a escolha da UBS foram: estar em pleno funcionamento e não se encontrar em período de reformas significativas que envolvessem a estrutura física (pintura e pequenos reparos não foram considerados).

A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2019, pela pesquisadora junto com três colaboradores, os quais foram devidamente treinados para a pesquisa de campo e utilização do instrumento de coleta de dados.

O instrumento de coleta consiste num formulário em formato de checklist adaptado⁽¹²⁾ e atualizado de acordo com a NBR 9050:2015, abordando os itens necessários para uma estrutura física acessível, permitindo a avaliação estrutural da área externa e interna das edificações em que as UBS estão inseridas, de maneira concisa e objetiva. As adaptações em relação ao formulário original baseiam-se na supressão dos itens relacionados à deficiência sensorial, permanecendo apenas os itens sobre a deficiência física.

O formulário encontra-se dividido em duas partes. A primeira aborda a circulação pela área externa e interna, envolvendo as vias públicas de acesso das PcD ao local em que a UBS está instalada, o acesso à entrada e ao interior da UBS e a circulação interna, contendo os itens necessários para que as vias, a edificação e os espaços sejam considerados acessíveis. A segunda envolve os itens relacionados à acessibilidade de equipamentos, mobiliários e instalações sanitárias.

Os dados foram coletados a partir da técnica de observação sistemática, e para isto, utilizou-se fita métrica inelástica para medição, graduada em centímetros. Para o registro das imagens, utilizaram-se as câmeras fotográficas de smartphones, seguindo o padrão da NBR 9050:2015.

Os dados obtidos nos formulários foram armazenados e analisados com a utilização do programa SPSS versão 20.0. Para a análise descritiva, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis e para análise inferencial foi realizado o teste de Qui-quadrado de Person (X^2) e o teste exato de Fisher quando os pré-requisitos do primeiro não forem atendidos. Considerou-se p -valor < 0,05 como significativo. As variáveis de características gerais foram consideradas de forma dependente e Zona de localização das UBS/Tipo de UBS como independentes.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e a coleta de dados iniciada após o parecer de aprovação (CAAE 08501019.8.0000.5187), número 3.187.495.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são descritas as principais características de acesso e circulação da área externa e interna dos edifícios das UBS. Verificou-se que condições de via pública em 54,4 (68%), do acesso a entrada da UBS em 59,2 (74%) e o uso do Símbolo Internacional de Acesso em 70,4 (88%), foram responsáveis pelas notas mais negativas na avaliação.

Tabela 1 - Características de acesso à circulação da área externa e interna das UBS por PcD em um município de médio porte do Nordeste brasileiro (n=80). Campina Grande, PB, Brasil, 2020 (continua)

Variáveis	Sim		Não		NA*	
	n	%	n	%	n	%
Via Pública						
Faixas para pedestres	7	8,8	73	91,2	-	-
Rebaixamento de meio fio	59	73,8	21	26,2	-	-
Obras públicas sinalizadas	1	1,3	79	98,7	-	-
Calçadas livres	52	65	28	35	-	-
Calçadas sem buracos	9	11,3	71	88,7	-	-
Calçadas possuem largura mínima (1,20m)	73	91,3	7	8,7	-	-
Placas de sinalização de trânsito	18	22,5	62	77,5	-	-
Sinalização de localidade	12	15	68	80	-	-
Semáforos munidos de botoeiras	0	0	80	100	-	-
Do acesso à entrada da UBS						
Rebaixamento de calçada	58	72,5	22	27,5	-	-
Estacionamento privativo para PcD	0	0	80	100	-	-
Percurso da vaga até a entrada	23	28,7	57	71,3	-	-
Corredores com setas	3	3,7	77	96,3	-	-
Do acesso ao interior da UBS						
Escadaria sem corrimão	4	5	76	95	-	-
Escadaria com corrimão	7	8,8	73	91,2	-	-
Rampa	71	88,8	9	11,2	-	-
Áreas de circulação	62	77,5	18	22,5	-	-
Portas com trilhos	15	18,7	7	8,8	58	72,5
Piso regular	65	81,2	15	18,8	-	-
Áreas livres de circulação coletiva	73	91,3	7	8,7	-	-
Circulação vertical no prédio						
Rampa	51	63,7	29	36,3	-	-
Escada	11	13,8	69	86,2	-	-
Acesso por rampa com inclinação	38	47,5	14	17,5	28	35
Piso da rampa antiaderente	38	47,5	14	17,5	28	35
Acesso por escada com largura	7	8,8	4	5	69	86,2
Degraus isolados	9	11,3	2	2,5	69	86,2
Piso degrau	6	7,5	5	6,3	69	86,2
Sinalização visual na borda do piso	2	2,5	9	11,3	69	86,2
Corrimão de material rígido	10	12,5	3	3,8	67	83,7
Corrimão firmemente fixado	10	12,5	3	3,8	67	83,7
Corrimão instalado em ambos os lados	5	6,3	8	10	67	83,7

Corrimão de 0,92m e 0,7m (do piso)	7	8,8	6	7,5	67	83,7
Corrimão afastado a 0,04m	0	0	11	13,8	69	86,2
Corrimão prolonga-se pelo menos 0,30m	1	1,3	12	15	67	83,7
Corrimão recurvado	7	8,8	6	7,5	67	83,7
Símbolo Internacional de Acesso (SIA)						
Entradas	4	5	76	95	-	-
Áreas e vagas de estacionamento	1	1,3	79	98,7	-	-
Sanitários	47	58,8	33	41,2	-	-
Áreas de assistência para resgate	1	1,3	79	98,7	-	-
Áreas reservadas (cadeiras de rodas)	3	3,8	77	96,2	-	-
Equipamentos/mobiliários preferenciais	0	0	80	100	-	-

*Não se aplica

Fonte: Autores (2020)

Na Tabela 2, é demonstrado o domínio de acessibilidade de equipamentos, mobiliários e instalação sanitária nas UBS.

Tabela 2 - Características de acessibilidade de equipamentos, mobiliários e instalação sanitária para PcD nas UBS de um município de médio porte de Nordeste brasileiro (n=80). Campina Grande, PB, Brasil, 2020 (continua)

Variáveis	Sim		Não		N*	
	n	%	n	%	n	%
Mobiliário						
Mesas têm largura mínima	58	72,5	22	27,5	-	-
Assentos têm profundidade entre 0,4 e 0,45m	69	86,3	11	13,7	-	-
Bebedouros estão instalados a 0,90m do piso	9	11,3	59	73,7	12	15
Instalações Sanitárias						
Sanitários adequados para PcD	40	50	40	50	-	-
Sanitários simbolizados	49	61,3	31	38,7	-	-
Sanitários disponíveis para ambos os sexos	38	47,5	42	52,5	-	-
Áreas de aproximação						
Possui espaço livre equivalente a um retângulo	50	62,5	30	37,5	-	-
Parede lateral e de fundo junto à bacia sanitária	27	33,8	53	66,2	-	-
Barras horizontais têm comprimento mínimo de 0,8m	19	23,8	61	76,2	-	-
Barras horizontais estão a uma altura de 0,75m do piso	10	12,5	70	87,5	-	-
Bacia sanitária está a uma altura de, no máximo, 0,46m	74	92,5	6	7,5	-	-
Papeleira junto à bacia sanitária, a 0,55m do piso	61	76,2	19	23,8	-	-
Válvula de descarga está a uma altura máxima de 1,00m	69	86,2	11	13,8	-	-

Lavatório é do tipo sem coluna	64	80	16	20	-	-
Lavatório está a uma altura de 0,80m do piso	65	81,2	15	18,8	-	-
Torneira com alavanca	2	2,5	78	97,5	-	-

*Não se aplica.

Fonte: Autores (2020)

Conforme apresentado na Tabela 3, verificou-se associação entre a zona de localização das unidades (urbana/rural) e a existência de mesas com largura mínima ($p=0,004$).

Tabela 3 - Associações entre a zona de localização das UBS e mobiliários e instalação sanitária para PcD em um município de médio porte de Nordeste brasileiro. Campina Grande, PB, Brasil, 2020 (continua)

Variáveis		Zona de Localização das UBS				p
		Urbana		Rural		
		n	%	n	%	
Mesas tem largura mínima	Sim	52	89,7	6	10,3	0,004**
	Não	13	59,1	9	40,9	
Os assentos têm profundidade	Sim	56	81,1	13	18,9	1,000**
	Não	9	81,8	2	18,2	
Bebedouros estão a 0,9m do piso	Sim	6	66,6	3	33,4	0,402**
	Não	47	79,6	12	20,4	
Sanitários são adequados	Sim	35	87,5	5	13,5	0,152
	Não	30	75	10	25	
Sanitários simbolizados	Sim	40	81,6	9	18,4	0,912
	Não	25	80,6	6	19,4	
Sanitários (feminino e masculino)	Sim	31	81,6	7	18,4	0,943
	Não	34	80,9	8	19,1	
Possui espaço livre equivalente	Sim	41	82	9	18	0,824
	Não	24	80	6	20	
Barras horizontais instaladas	Sim	23	85,2	4	14,8	0,520**
	Não	42	79,2	11	20,8	
Comprimento de barra	Sim	16	84,2	3	15,8	1,000**
	Não	49	80,3	12	19,7	
Altura da barra	Sim	7	70	3	30	0,387
	Não	58	82,9	12	17,1	
Altura da bacia sanitária (0,46m)	Sim	61	82,4	13	17,6	0,313**
	Não	4	66,7	2	33,3	
Papeleira junto à bacia sanitária	Sim	49	80,3	12	19,7	1,000**

	Não	16	84,2	3	15,8	
Válvula de descarga (altura)	Sim	56	81,2	13	18,8	1,000**
	Não	9	81,8	2	18,2	
Lavatório do tipo sem coluna	Sim	52	81,2	12	18,8	1,000**
	Não	13	81,2	3	18,8	
Lavatório a uma altura de 0,80m	Sim	52	80	13	20	0,724**
	Não	13	86,7	2	13,3	
Torneira com alavanca	Sim	2	100	0	0	1,000**
	Não	63	80,8	15	19,2	

** Teste de Fisher

Fonte: Autores (2020)

Na Tabela 4, estão apresentadas as associações das variáveis de avaliação do Acesso à área externa e interna, Circulação interna e o SIA e Mobiliários e instalação sanitária com o tipo de UBS (construída/adaptada).

Tabela 4 - Associações entre o tipo de edifício das UBS com o Acesso a área externa e interna, Circulação interna e o SIA e Mobiliários e instalação sanitária em um município de médio porte de Nordeste brasileiro. Campina Grande, PB, Brasil, 2020 (continua)

Variáveis		Tipo de UBS				p
		Construída		Adaptada		
		n	%	n	%	
Acesso à área externa e interna						
Possui rebaixamento de calçada	Sim	35	60,3	23	39,7	0,023
	Não	7	31,8	15	68,2	
Percurso livre de obstáculos	Sim	17	73,9	6	26,1	0,015
	Não	25	43,9	32	56,1	
O piso é regular	Sim	38	58,5	27	41,5	0,026
	Não	4	26,7	11	73,3	
Circulação interna e o SIA						
O acesso por rampa possui inclinação	Sim	23	60,5	15	39,5	0,012
	Não	3	21,4	11	78,6	
O corrimão é de material rígido	Sim	8	80	2	20	0,035**
	Não	0	0	3	100	
A altura do corrimão é de 0,92m e 0,7m	Sim	7	100	0	0	0,005**
	Não	1	17,7	5	83,3	
As extremidades dos corrimãos	Sim	7	100	0	0	0,005**
	Não	1	17,7	5	83,3	

Sanitários	Sim	34	72,3	13	27,7	<0,001
	Não	8	24,2	25	75,8	
Mobiliários e instalação sanitária						
Sanitários são adequados	Sim	30	75	10	25	<0,001
	Não	12	30	28	70	
Sanitários simbolizados	Sim	33	67,3	16	32,7	0,001
	Não	9	29	22	71	
Possui espaço livre	Sim	34	68	16	32	<0,001
	Não	8	26,7	22	73,3	
Barras no fundo	Sim	22	81,5	5	18,5	<0,001
	Não	20	37,8	33	62,2	
Comprimento de barras	Sim	16	84,2	3	15,8	0,002
	Não	26	42,6	35	57,4	
Lavatório	Sim	38	59,4	26	40,6	0,014
	Não	4	25	12	75	
Lavatório a uma altura de 0,80m	Sim	39	60	26	40	0,005
	Não	3	20	12	80	

** Teste de Fischer

Fonte: Autores (2020)

Na Figura 1 observam-se imagens realizadas *in loco* nas UBS investigadas. Nas imagens A e B confirmam-se rebaixamento de calçada, desnivelamentos e a utilização de uma casa para funcionamento de uma unidade. Nas imagens C e D são demonstrados aspectos da entrada e do interior das UBS do município investigado, sendo predominante o uso de rampas de acesso. Já as imagens E e F apresentam instalações sanitárias das UBS, evidenciando que os banheiros são utilizados por ambos os sexos e sem as barras no lado posterior à bacia sanitária.



Figura 1 - Demonstrativo das condições de acessibilidade externas e internas das UBS em um município de médio porte de Nordeste brasileiro. Campina Grande, PB, Brasil, 2020
Fonte: Autores (2020)

DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou que as UBS do município investigado não ofereceram aspectos satisfatórios de acessibilidade com relação à via pública, por não apresentarem faixas de pedestres, sinalização de obras públicas, com presença de buracos/desnivelamentos, sem visibilidade de placas e sem semáforos. Tais achados evidenciam que as PcD podem não conseguir transitar para chegarem ao destino de interesse de forma segura.

O foco principal desse estudo é a acessibilidade para PcD no contexto da atenção básica, um importante e imprescindível aspecto, pois, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência N° 13.143 de 2015, é dever do estado oferecer assistência à saúde para as PcD, o que remete ao cumprimento da promoção de bem-estar pessoal, social e econômico⁽⁷⁾. Para normatizar aspectos relacionados à acessibilidade da estrutura física para as PcD, a NBR 9050:2015 estabelece parâmetros para edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

A mobilidade urbana é uma condição inerente ao deslocamento do ser humano pela cidade, seja por meio de transportes ou não, o que remete a questões de acessibilidade em sua singularidade, tornando-se, assim, um direito. Logo, a Lei N° 12.587 de 2012 assegura que é dever da União, Estados e Municípios realizar em seus respectivos projetos emissão de recursos com o objetivo de aprimoramento de questões de mobilidade urbana, pois só assim é possível a acessibilidade aos bens e serviços, sobretudo no contexto da saúde⁽¹³⁻¹⁴⁾.

As limitações nos espaços físicos que restringem a participação e acesso aos serviços de saúde trazem um impacto negativo na saúde do indivíduo. PcD física têm maior propensão ao sedentarismo e comorbidades, necessitando de maior atenção⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Um estudo desenvolvido na cidade de Itumbiara, Brasil, que observou as condições de

mobilidade e acessibilidade urbana por PcD, concluiu que as vias não possuem estruturas que possibilitem o acesso livre a esses indivíduos, com a presença de desnivelamento de calçadas, sem faixas e semáforos. Nesse sentido, vale destacar que a adequação das calçadas é uma peça fundamental para facilitar o acesso das PcD aos serviços. Apesar do estudo aqui comparado focar em características da cidade como um todo, os aspectos externos as unidades de saúde também se tratam de responsabilidade urbana⁽¹⁵⁾.

Porém, é visto que o acesso externo possui rebaixamento de meio fio, calçadas livres de mobiliários, com largura mínima de 1,20m, que obedecem à norma vigente. Essa constatação é importante, pois o rebaixamento de meio fio é destinado ao tráfego de cadeira de rodas, facilitando o deslizamento e chegada à calçada. Estudo desenvolvido em São Jonas Manoel-GO⁽¹⁶⁾ coaduna com alguns dos achados aqui apresentados, destacando, porém, que a presença de tais aspectos não anula os demais achados evidenciados na via pública que dificultam o acesso, acrescentando que o estudo concluiu que tais dificuldades podem reduzir a qualidade de vida dessas pessoas.

Outro estudo brasileiro, desenvolvido em Presidente Prudente-SP⁽¹³⁾ com enfoque nas UBS, destacou que os principais impedimentos físicos nas calçadas são: ocorrência de desníveis (52,6%), presença de árvores e/ou arbustos (21%) e buracos (10,5%).

No tocante à entrada ao edifício, perpassando pelas áreas de mobilidade urbana, ficou evidenciado que as UBS não possuem estacionamento privativo devidamente sinalizado e setas indicativas com o Símbolo Internacional de Acesso (SIA) de encaminhamento dos principais pontos. Com relação ao estacionamento de ordem privativa para PcD, um estudo brasileiro em Chapecó-SC evidenciou que a maioria das unidades (79%) não possuía vagas destinadas a esse público⁽⁸⁾. Outro estudo brasileiro, realizado em São Paulo, destacou a inexistência de vagas para PcD em um universo de 19 unidades de saúde públicas⁽¹³⁾.

A predominante inexistência do SIA foi outro achado que merece destaque, pois esse símbolo (pictograma branco de fundo azul) tem como uma das suas utilizações indicar um caminho acessível para PcD. A inexistência de sinalização é corroborada em outro estudo, que analisou a acessibilidade das UBS em Tubarão-SC, identificando a ausência do símbolo e setas de localização, o que dificulta a decisão de direções que a PcD deve tomar, sugerindo a dificuldade de implementação do símbolo nas unidades, sobretudo na área externa⁽¹⁷⁾.

Acerca do acesso para adentrar no interior da unidade, a maioria tem rampas de acesso, com área de circulação devidamente padronizada de 0,8m, piso regular e com áreas de circulação livre de obstáculos. A presença de rampas de acesso na entrada facilita a transição da PcD, mas o resultado contrapõe um estudo brasileiro no município de Baturité-CE, em que 74% das instalações não possuíam essa construção, o que é um ponto positivo para as unidades de saúde do município aqui investigado⁽¹⁵⁾.

No que concerne a maior frequência de portas de 0,8m, que permitem a livre passagem para o interior da unidade, de forma semelhante, estudo realizado em Chapecó-SC constatou que 100% das portas observadas atendiam aos critérios da norma, bem como foi predominante o piso regular, livre de buracos ou qualquer outro obstáculo⁽⁸⁾.

No aspecto de circulação vertical, ou seja, no interior do prédio, a presença mais frequente de rampas, com acesso de inclinação máxima (2%) de modo a minimizar esforços da PcD e com piso antiaderente, corrobora um estudo realizado em João Pessoa-PB, que identificou os mesmos aspectos em hospitais, nos quais 100% possuíam rampas com piso antiaderente, como também a área de circulação de no mínimo 1,20m, permitindo que se movam de forma independente pela unidade de saúde⁽¹⁸⁾.

Porém, com relação a bebedouros, a maioria das unidades não apresentou disposição adequada dos equipamentos, que de acordo com a NBR é de 0,90m do piso, mais uma vez dificultando o acesso aos bens e serviços (nesse caso a água), o que corrobora com estudo desenvolvido em Baturité-CE, no qual a maioria das unidades não possuía bebedouro

(75,8%) e 18,5% possuía, todavia de forma inacessível⁽¹⁹⁾.

Nas áreas de aproximação da instalação sanitária, foi verificado que as UBS possuem espaço livre e adequado, mas muitas unidades não possuem barras horizontais, e quando presentes, as barras não estavam em comprimento e altura adequados. Já os lavatórios não possuem alavancas. Diante dessas inadequações, é possível afirmar que o nível de dificuldade aumenta, visto que muitas vezes as PcD podem apresentar quadros de incontinência urinária ou fecal, e necessitem utilizar o banheiro com facilidade e segurança⁽²⁰⁾.

As inadequações de acessibilidade também estão descritas na literatura internacional⁽²¹⁻²²⁾. Um estudo desenvolvido na Inglaterra destaca que as PcD possuem diversas dificuldades para acessar os serviços, e que tais percalços perpassam questões de transporte até a entrada das unidades⁽²¹⁾.

Em relação ao acesso por PcD, uma revisão sistemática evidenciou que poucos estudos tratam da temática da acessibilidade, sendo três constatados na literatura: o primeiro não evidenciou diferenças em relação à satisfação do acesso de pessoas com e sem deficiência no Afeganistão; já na Tailândia, o acesso foi considerado moderado (nem bom e nem ruim); e em Gana, África, constatou-se que 71% das PcD enfrentam dificuldades no acesso aos serviços, em todos constatando barreiras físicas⁽²²⁾.

A relação entre o tipo de UBS (construída ou adaptada) e as variáveis de acessibilidade ficou bem determinada. Nesse perspectiva, considera-se que casas que foram adaptadas para o funcionamento de UBS não são adequadas para receber pessoas com dificuldades de locomoção, ou seja, durante a reforma de tais locais, os aspectos normativos de acessibilidade não foram plenamente observados.

Logo, as unidades não atendem a um percentual mínimo de 70% dos pré-requisitos de acessibilidade das UBS, o que corrobora com o estudo brasileiro realizado em todo o estado de Pernambuco⁽²³⁾ que avaliou os principais obstáculos do acesso a pessoas com deficiência, e observou que as unidades não atenderam a muitos requisitos de acesso, tais como banheiros adaptados, corrimãos, rampas, etc.

Por fim, é perceptível que a importância social das peculiaridades da deficiência abrange não só a esfera da saúde, mas também toda a sociedade, pois o modo de como se interage e realiza atividades é diferente e acontece conforme sua própria desenvoltura. Nesse aspecto, a adaptação acontece como forma de compensação⁽²⁴⁾.

Edifícios inadequados criam barreiras significativas para PcD física, e o conhecimento de tais barreiras permite que políticas sejam formuladas, trazendo melhoria da qualidade de vida e integração social das PcD⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Apesar do presente construto ser uma fonte de conhecimento sobre a realidade aqui posta, ele não está livre de limitações, a principal delas está no tamanho limitado da amostra. Acredita-se que a presente pesquisa subsidiará a tomada de decisão quanto à construção ou reforma das unidades básicas, visando um acesso integral para a pessoa com deficiência.

CONCLUSÃO

O presente estudo constatou que as Unidades Básicas de Saúde investigadas não contam com estrutura adequada para oferecer acessibilidade às pessoas com deficiência, visto que apresentaram inadequações na via pública, no acesso à entrada da UBS e no uso do SIA. Constatou-se ainda que a zona de localização das UBS e o tipo de edifício interferem nos aspectos normativos de acessibilidade.

Edificações que não possuem acessibilidade podem gerar barreiras significativas para PcD física, e o conhecimento de tais barreiras, através de estudos da área, permite que políticas públicas sejam (re)formuladas, culminando em melhorias no acesso à saúde e integração social desse público.

Destaca-se que o oferecimento de assistência à PcD é preconizado por princípios que regem o sistema de saúde vigente, sendo de fundamental importância o planejamento de construções ou reformas em UBS de acordo com as normas de acessibilidade, visto que barreiras físicas no acesso aos serviços de saúde se constituem como fator de risco para a saúde desse segmento social.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Campina Grande – Paraíba. Rio de Janeiro: IBGE, 2018 [acesso em 20 ago 2019]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/2VOJ0>.
2. Braga MMS, Schumacher AA. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela Teoria do Reconhecimento Social de Axel Honneth. Soc. estado. [Internet] 2013 [acesso em 10 set 2019]; 28(2):375-392. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Brasil. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, e sobre a Coordenadoria Nacional para Interação da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Diário da União; 1989.
5. Cruz DM, Nascimento LRS do, Silva DMGV da, Schoeller SD. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. Cienc. enferm. [online]. 2015 [acesso em 13 set 2019]; 21(1): 23-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100003>.
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. 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 da União 2015; 7 jul.
8. Silva AOS, Reichrt B, Badalotti CM. Acessibilidade nos centros de saúde da família no município de Chapecó-SC: análise das barreiras arquitetônicas. Rev. Infinity. 2018 [acesso em 10 ago 2019]; 3(1).
9. Martins KP, Costa TF da, Medeiros TM de, Fernandes M das GM, França ISX de, Costa KN de FM. Internal structure of family for people with disabilities. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2016 [acesso em 25 set 2019];21(10). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Campina Grande – Paraíba. Rio de Janeiro: IBGE, 2018 [acesso em 5 set 2019]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/2VOJ0>.
11. Leite RFB, Veloso TMG. Limites e avanços do programa saúde da família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. Saúde Soc [Internet]. 2009 [acesso em 16 ago 2019];1(18). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100006>.
12. Martins KP. Acessibilidade de pessoas com deficiência física e sensorial em unidades de saúde da família. Dissertação [Programa de Pós-Graduação em Enfermagem] - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa; 2015 [acesso em 25 set 2019].

13. Brasil. Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana. 2012.
14. Barbosa AS. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs. Rev. Bras. Gest. Urbana [Internet]. 2016 [acesso em 10 set 2019];8(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/DPFzh4kGdNdSsGk9s9CDCyg/abstract/?lang=pt>.
15. Fonseca MLT, Silva JLG da. Mobilidade e acessibilidade das pessoas com deficiência motora em área urbana do município de Itumbiara (GO). LAJBM [Internet].2018 [acesso em 15 set 2019]; 9(2): 51-63. Disponível em: <https://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/download/506/232>.
16. Silva DCN, Silva TM, Nogueira MS, Mendonça RMC, Valente, PHF, Araújo RF et. al. Acessibilidade de portadores de deficiência física ou mobilidade reduzida na unidade básica de saúde Jonas Manoel Dias em São Luís de Montes Belos - GO. Rev Fac Montes Belos (FMB) [Internet].2014 [acesso em 13 ago 2019];8(3): 36-179. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/189/178>.
17. Meneghel M, Martignago N, Kock KS. Análise da acessibilidade nas unidades básicas de saúde de Tubarão-SC. R. fisioter. Reab. [Internet]. 2017 [acesso em 13 ago 2020];1(1): 42-51. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/RFR/article/view/3651/2958>.
18. Azevedo TR de, Valdevino SC, Costa KN de FM, Valdevino Neto J, Lira LGRS de H, Martins KP. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. Enfermería Global [Internet]. 2015 [acesso em 10 ago 2020]; 37(1):319-327. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_administracion3.pdf.
19. Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV de, Leite S de S, Almeida PC de, Pagliuca LMF. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2018[acesso em 16 ago 2019]; 39:01-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>.
20. França ISX, Coura AS, Sousa FSS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Quality of life in patients with spinal cord injury. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 01 set 2019]; 34(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100020>.
21. 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 [Internet]. 2014 [acesso em 15 ago 2019]; 8(4):1-8. Disponível em: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004714>.
22. Bright T, Kuper H. A Systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low and middle income countries. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2018 [acesso em 15 ago 2019];15(9). Disponível em: <http://doi.org/10.3390/ijerph15091879>.
23. Albuquerque M do SV de, Lyra TM, Farias SF, Mendes MF de M, Martelli PJ de L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. Saúde debate [Internet]. 2014 [acesso em 12 ago 2019]; 38; 182-194. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>.
24. Martins KP, Costa TF da, Medeiros TM de, Fernandes M das GM, França ISX de, Costa KN de FM. Estrutura interna de unidades de saúde da família: acesso para as pessoas com deficiência. Ciênc. Saúde Colet [Internet]. 2016 [acesso em 13 ago 2019]; 21(10). Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>.

ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

RESUMO:

Objetivo: avaliar a acessibilidade da Pessoa com Deficiência física à estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. **Método:** pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa, realizada em 80 unidades básicas de Campina Grande-Paraíba, Brasil, em 2019. Utilizou-se instrumento de coleta adaptado, conforme Norma Técnica Brasileira 9050:2015. Efetuaram-se os testes Qui-quadrado e Fisher para verificar associações. Resultados: verificou-se que condições de via pública (68%), acesso à entrada da unidade (74%) e uso do Símbolo Internacional de Acesso (88%) foram prevalentemente negativas. Foram encontradas associações entre a zona de localização das unidades e as dimensões das mesas ($p=0,004$), entre o tipo de edifício e acesso à área ($p=0,023$; $0,015$; $0,026$), condições de circulação vertical no interior do prédio e uso do símbolo ($p=0,012$; $0,035$; $0,005$; $0,005$; $<0,001$) e os mobiliários e instalação sanitária ($p=<0,001$; $0,001$; $<0,001$; $<0,001$; $0,002$; $0,014$; $0,005$). Conclusão: as unidades básicas municipais não apresentam acessibilidade para as Pessoas com Deficiência.

DESCRITORES: Pessoas com Deficiência; Atenção Primária; Acesso aos Serviços de Saúde; Acessibilidade Arquitetônica; Centros de Saúde.

ACCESIBILIDAD DE LOS DISCAPACITADOS FÍSICOS A LAS UNIDADES BÁSICAS DE SALUD

RESUMEN:

Objetivo: evaluar la accesibilidad de los discapacitados físicos a la estructura física de las Unidades Básicas de Salud. **Métodos:** investigación descriptiva, exploratoria, con enfoque cuantitativo, realizada en 80 unidades básicas de Campina Grande-Paraíba, Brasil, en 2019. Se utilizó un instrumento de recolección adaptado, según la Norma Técnica Brasileña 9050:2015. Se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher para verificar las asociaciones. Resultados: las condiciones de la vía pública (68%), el acceso a la entrada de la unidad (74%) y el uso del Símbolo Internacional de Acceso (88%) resultaron ser predominantemente negativos. Se encontraron asociaciones entre el área de ubicación de la unidad y las dimensiones de la mesa ($p=0,004$), entre el tipo de edificio y el acceso al área ($p=0,023$; $0,015$; $0,026$), las condiciones de circulación vertical en el interior del edificio y el uso de símbolos ($p=0,012$; $0,035$; $0,005$; $0,005$; $<0,001$) y el mobiliario y las instalaciones sanitarias ($p=<0,001$; $0,001$; $<0,001$; $0,002$; $0,014$; $0,005$). Conclusión: las unidades básicas municipales no presentan accesibilidad para las PCD.

DESCRITORES: Personas con Discapacidad; Atención Primaria; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Accesibilidad Arquitectónica; Centros de Salud.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado "Acessibilidade da pessoa com deficiência física às unidades básicas de saúde: avaliação da estrutura física". Universidade Estadual da Paraíba/Universidade de Pernambuco, 2019.

Recebido em: 03/08/2020

Aprovado em: 15/07/2021

Editora associada: Susanne Elero Betioli

Autor Correspondente:

Jéssyka Chaves Da Silva

Universidade Estadual da Paraíba - Campina Grande, PB, Brasil

E-mail: jessykachavessilva@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - Araújo YF de L, Coura AS, França ISX de, Souto RQ, Rocha MA, Silva JC da; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - Araújo YF de L, Coura AS, França ISX de, Souto RQ, Rocha MA, Silva JC da; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - Araújo YF de L, Coura AS, França ISX de, Souto RQ, Rocha MA, Silva JC da. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).