


# Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012


doi: 10.5123/S1679-49742020000200022


Architectural and communications barriers to access to primary health care in Brazil: an analysis based on the first national census of primary health care centers, 2012

Barreras arquitectónicas y de comunicación en el acceso a la Atención Básica de Salud en Brasil: Un análisis a partir del primer Censo Nacional de las Unidades Básicas de Salud, 2012

Mara Lisiane de Moraes dos Santos<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0001-6074-0041


Janainny Magalhães Fernandes<sup>2</sup> –  orcid.org/0000-0002-6647-9136

Daniela Pereira Vicente<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0002-6271-467X

Jaqueline Simionatto<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0002-7867-6524

Vinicius Santos Sanches<sup>2</sup> –  orcid.org/0000-0002-7183-9351

Albert Schiaveto de Souza<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0003-0017-672X

Gustavo Christofoletti<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0002-7879-239X

Leila Foester Merey<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0003-2267-0841

<sup>1</sup>Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campo Grande, MS, Brasil

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** analisar os resultados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde no que se refere às barreiras arquitetônicas e de comunicação na Atenção Básica em Saúde em todo o território brasileiro. **Métodos:** estudo transversal com base nos dados do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, coletados de maio a outubro de 2012. **Resultados:** a região Norte apresentou menores índices de adequação, enquanto a Sudeste apresentou os melhores índices, comparados às demais regiões, porém insatisfatórios, pois muitos itens permaneceram abaixo de 50%; itens sobre acessibilidade por pessoas com deficiência (5,7 a 34,2%) e não alfabetizadas (0,1 a 27,4%) apresentaram pontuação muito baixa. **Conclusão:** a maioria das unidades avaliadas possuem barreiras arquitetônicas e de comunicação, prejudicando a acessibilidade aos serviços de saúde prestados às pessoas com deficiência, não alfabetizadas ou idosas; destaca-se a importância da alocação de recursos para redução de iniquidades e melhoria do acesso.

**Palavras-chave:** Acessibilidade Arquitetônica; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde.

## Endereço para correspondência:

Maria Lisiane de Moraes dos Santos – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, Pioneiros, MS, Brasil. CEP: 79070900

E-mail: mara.santos@ufms.br

## Introdução

A expressão barreiras arquitetônicas se refere a todo tipo de impedimento de locomoção, transferência ou deslocamento de indivíduos nos espaços urbanos e sociais, afetando, assim, a acessibilidade.<sup>1</sup> A acessibilidade, por sua vez, é definida pela Norma Brasileira 9050 (ABNT-NBR 9050/2015), como a facilidade para tal deslocamento, que inclui autonomia e segurança físicas e estruturais dos espaços para que se permitam o acesso e a vivência de todo e qualquer cidadão nos equipamentos urbanos, incluindo aqueles que possuem alguma dificuldade para locomoção.<sup>1</sup> Já o termo ‘incapacidade’ é dado como uma somatória das limitações anatômicas (intrínsecas aos indivíduos) e dos fatores sociais e ambientais (externas aos indivíduos), em que o resultado é a limitação ou a acessibilidade.<sup>2</sup>

*Em 2011, o Ministério da Saúde incluiu no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo é melhorar o atendimento e o cuidado prestado à população pela Atenção Básica em Saúde (ABS), o monitoramento da acessibilidade aos serviços ofertados através de um processo avaliativo para qualificar a gestão, o acesso, a participação social e o cuidado em saúde na ABS.*

No Brasil, a regulamentação das Leis nºs 10.048 e 10.098, visou a prioridade ao atendimento às pessoas com necessidades especiais, sendo pactuadas regras e normas para a promoção da acessibilidade.<sup>3</sup> Já o Censo Demográfico de 2010 buscou identificar deficiências mental ou intelectual, visual, auditiva e motora, pela percepção da população, tendo os resultados apontado que mais de 45 milhões de pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências investigadas.<sup>4</sup> Dessa maneira, considerando-se o elevado número de pessoas que necessitam de adequações para usufruir plenamente do direito de ir e vir, torna-se importante compreender que os ambientes social e físico geram obstáculos – barreiras físicas, comunicacionais, sociais e/ou atitudinais – que

dificultam o acesso dessa população à vida social e aos serviços públicos, por exemplo.<sup>5</sup>

Em relação aos serviços de saúde, é ainda mais premente que estes atendam à Legislação vigente sobre adequações estruturais, para possibilitar o acesso de todos os cidadãos com autonomia e resolutividade. Atento a essas demandas, em 2011, o Ministério da Saúde incluiu no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo é melhorar o atendimento e o cuidado prestado à população pela Atenção Básica em Saúde (ABS), o monitoramento da acessibilidade aos serviços ofertados<sup>6</sup> através de um processo avaliativo para qualificar a gestão, o acesso, a participação social e o cuidado em saúde na ABS.<sup>7</sup>

Simultaneamente à avaliação do PMAQ-AB, foi realizado o primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, onde foi avaliada a estrutura física das unidades básicas de saúde (UBS), bem como a adequação destas para possibilitar o acesso autônomo de usuários com mobilidade reduzida, com alguma deficiência e idosos.<sup>8</sup>

São escassos os estudos sobre a estrutura física das UBS do país, não sendo identificados na literatura, até esta publicação, estudos de abrangência nacional. Visando trazer informações que subsidiem o Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento e implementação de ações para garantir o acesso universal aos serviços, o objetivo deste estudo foi analisar os resultados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde no que se refere às barreiras arquitetônicas e de comunicação da Atenção Básica em Saúde no Brasil.

## Métodos

Realizou-se um estudo transversal com base nos dados do primeiro Censo Nacional das UBS, que ocorreu na terceira fase do PMAQ-AB Ciclo-1, entre maio e outubro de 2012.

O PMAQ-AB possui etapas avaliativas que ocorreram de forma contínua, que incluíram: um processo de adesão e contratualização; a etapa de desenvolvimento; um momento de avaliação externa; e a recontratualização. No momento da avaliação externa, com a parceria do Ministério da Saúde e instituições de ensino e pesquisa, houve a seleção e contratação de avaliadores que foram a campo aplicar os instrumentos avaliativos nas UBS.

Nessa fase, informações foram coletadas através do instrumento, para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes de saúde que aderiram ao

PMAQ. O instrumento de avaliação foi criado com base em padrões de qualidade previamente formulados com a participação de técnicos e embasamento científico.<sup>7</sup>

O Censo Nacional das ABS foi realizado para subsidiar a elaboração do Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), instituído em 2011. Este programa ofertou incentivos orçamentários para que as unidades pudessem construir e reformar seus espaços.<sup>8</sup>

No presente estudo, foram analisadas questões do Módulo I – infraestrutura de todas as UBS no ano de 2012<sup>7</sup> – do instrumento de avaliação, referentes à acessibilidade (item 1.5), mensurando-se as variáveis relativas aos seguintes tópicos:

- Acessibilidade na entrada na UBS (área externa) – variáveis ‘condições da calçada e presença de tapete’, ‘piso antiderrapante’, ‘piso regular’, ‘piso liso’, ‘rampa de acesso’, ‘corrimão’, ‘porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas’;
- acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos – variáveis ‘banheiros adaptados’, ‘barras de apoio’, ‘corrimão’, ‘corredores e portas adaptados para cadeira de rodas’, ‘espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção’, ‘bebedouros adaptados’ e ‘cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário’; e
- acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva – variáveis ‘utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva’, ‘sinalização realizada através

de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados’, ‘caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)’, ‘recursos auditivos (sonoros)’, ‘profissionais para acolhimento’ e ‘outros’.

Os resultados do estudo foram apresentados enquanto frequências relativas e absolutas das respostas aos itens do questionário, em cada grande região do Brasil e seu resultado consolidado total. A associação entre as regiões nacionais e as variáveis analisadas foi realizada pelo qui-square test de Pearson, também utilizado na comparação entre as regiões, considerando-se a correção de Bonferroni. Os demais resultados, em estatística descritiva ou em tabelas. Utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para análise estatística, em sua versão 22.0, considerando-se o nível de significância de 5%.

O estudo foi realizado em conformidade com os preceitos éticos da pesquisa preconizados no país. O projeto da pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS): Parecer CONEP/CNS nº 21.904, de 1º de março de 2012.

## Resultados

Participaram do primeiro Censo das UBS 5.511 municípios e, destes, foram avaliadas a infraestrutura de 38.812 dessas unidades.

**Tabela 1 – Frequência relativa (%) e absoluta (N) de UBS (N=38.812) que possuem os itens de garantia da acessibilidade na área física externa a sua entrada, PMAQ-AB – primeiro ciclo –, Território Nacional e grandes regiões, 2012**

Entrada na UBS (externa)	Centro-Oeste (N=2.706)	Nordeste (N=14.638)	Norte (N=3.210)	Sudeste (N=11.943)	Sul (N=6.315)	Brasil (N=38.812)
A calçada da entrada da UBS está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para cadeirantes e pessoas com necessidades especiais (p<0,001)	32,4% (876) c	24,4% (3.569) d	22,0% (707) e	41,3% (4.927) a	36,0% (2.271) b	<b>31,8% (12.350)</b>
Possui tapete (p<0,001)	14,6% (394) b	13,9% (2.037) b	8,1% (260) c	13,4% (1.597) b	32,8% (2.074) a	<b>16,4% (6.362)</b>
Possui piso antiderrapante (p<0,001)	23,4% (632) c	23,2% (3.390) c	16,2% (520) d	32,8% (3.919) b	40,6% (2.567) a	<b>28,4% (11.028)</b>
Possui piso regular (p<0,001)	48,1% (1.302) b	44,5% (6.513) b	41,2% (1.324) c	54,9% (6.553) a	54,6% (3.451) a	<b>49,3% (19.143)</b>
Possui piso liso (p<0,001)	40,4% (1.094) a	32,6% (4.770) c	37,1% (1.190) a,b	39,5% (4.719) a	34,7% (2.194) b	<b>36,0% (13.967)</b>
Possui rampa de acesso (p<0,001)	42,6% (1.154) b	39,1% (5.723) c	34,5% (1.109) d	49,1% (5.862) a	48,3% (3.051) a	<b>43,5% (16.899)</b>
Possui corrimão (p<0,001)	4,8% (129) b	5,1% (752) b	2,7% (86) c	10,6% (1.262) a	11,5% (727) a	<b>7,6% (2.956)</b>
Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas (p<0,001)	32,8% (888) c	26,3% (3.844) d	19,6% (628) e	43,5% (5.199) b	46,3% (2.924) a	<b>34,7% (13.483)</b>

Nota:

A representação por letras iguais nas linhas das tabelas revela que não há diferença estatisticamente significativa entre os resultados, quando comparadas as regiões. Letras diferentes representam diferença significativa quando comparados os resultados entre as regiões. A título de exemplos: na categoria ‘presença de tapete’, as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste não tiveram diferença significativa entre si, apresentando resultados semelhantes; já a região Sudeste apresentou diferença significativa entre todas as regiões, colocando-se significativamente acima das demais neste quesito.

As UBS das regiões Sul e Sudeste chegaram a oferecer pouco mais de 50% de adequação à acessibilidade dos usuários no que concerne a algumas barreiras arquitetônicas existentes em sua área externa. De maneira geral, embora com insuficientes percentuais de adequação, a região Sul apresentou os melhores resultados, e a região Norte, os piores (Tabela 1).

No que toca à acessibilidade específica de pessoas com deficiência e idosos, observa-se que poucas UBS apresentaram adequações estruturais, segundo os diversos quesitos avaliados (de 5,7 a 34,2%). Quanto às diferenças entre as regiões, o Norte apresentou os piores resultados e o Sudeste os melhores. O item que obteve maior índice de adequação foi a presença de

cadeira de rodas disponível para o deslocamento do usuário, em 34,2% das UBS. A presença de corrimão, tanto na área interna como na área externa às unidades, apresentou-se como o quesito de pior desempenho na avaliação, presente em 5,7% das UBS do país (Tabela 2).

Na comparação dos quesitos por regiões, a acessibilidade para usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva apresentou resultados preocupantes, variando de 0,1 a 27,4% segundo o quesito/região. Aqui também, de modo geral, a região Norte apresentou os piores resultados nesses quesitos, e a Sudeste, os melhores. A presença de profissionais para acolhimento foi o item mais presente em todas as regiões. Os caracteres

**Tabela 2 – Frequência relativa (%) e absoluta (N) de UBS (N=38.812) que possuem os itens para garantia da acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos, PMAQ-AB – primeiro ciclo –, território nacional e grandes regiões, 2012**

A UBS garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?	Centro-Oeste (N=2.706)	Nordeste (N=14.638)	Norte (N=3.210)	Sudeste (N=11.943)	Sul (N=6.315)	Brasil (N=38.812)
Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas (p<0,001)	12,4% (335) b	7,3% (1.073) c	6,5% (209) c	17,8% (2.130) a	13,2% (836) b	11,8% (4.583)
Presença de barras de apoio (p<0,001)	15,9% (430) b	8,5% (1.251) c	7,2% (231) c	20,5% (2.445) a	18,2% (1.150) b	14,2% (5.507)
Presença de corrimão (p<0,001)	5,2% (142) c	2,9% (422) d	2,8% (91) d	9,0% (1.057) a	7,7% (489) b	5,7% (2.219)
Corredores e portas internos adaptados para cadeira de rodas (p<0,001)	24,1% (653) b	15,8% (2.306) c	10,7% (344) d	32,0% (3.821) a	32,1% (2.027) a	23,6% (9.151)
Portas internas adaptadas para cadeira de rodas (p<0,001)	23,9% (648) b	15,9% (2.326) c	10,5% (338) d	31,4% (3.750) a	32,0% (2.023) a	23,4% (9.085)
Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção (p<0,001)	26,6% (720) b	23,3% (3.410) d	13,6% (435) e	36,3% (4.330) b	39,2% (2.476) a	29,3% (11.371)
Bebedouros adaptados (p<0,001)	10,6% (287) b	5,8% (850) d	6,6% (212) d	13,3% (1.592) a	8,4% (531) c	8,9% (3.472)
Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário (p<0,001)	35,3% (954) b	17,3% (2.526) c	17,9% (576) c	50,5% (6.031) a	50,4% (3.181) a	34,2% (13.268)

Nota:

A representação por letras iguais nas linhas das tabelas revela que não há diferença estatisticamente significativa entre os resultados. Letras diferentes representam diferença significativa quando comparados os resultados entre as regiões.

**Tabela 3 – Frequência relativa (%) e absoluta (N) de UBS (N=38.812) que possuem os itens de garantia da acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva, PMAQ-AB – primeiro ciclo –, território nacional e grandes regiões, 2012**

A UBS garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	Centro-Oeste (N=2.706)	Nordeste (N=14.638)	Norte (N=3.210)	Sudeste (N=11.943)	Sul (N=6.315)	Brasil (N=38.812)
Há uso de símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva (p<0,001)	0,4% (11) c	0,7% (107) c	0,6% (19) c	2,4% (287) a	1,7% (109) b	1,4% (533)
Sinalização com textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados (p<0,001)	5,5% (149) c	8,4% (1.228) b	6,8% (219) c	8,8% (1.056) b	10,8% (684) a	8,6% (3.336)
Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) (p=155)	0,1% (4) a	0,2% (31) a	0,1% (4) a	0,3% (35) a	0,1% (9) a	0,2% (83)
Recursos auditivos (sonoros) (p<0,001)	0,2% (5) b	0,2% (34) b	0,2% (5) b	0,7% (84) a	0,3% (20) b	0,4% (148)
Profissionais para acolhimento (p<0,001)	18,6% (502) b	16,6% (2.433) b	12,0% (385) c	27,4% (3.268) a	25,4% (1.607) a	21,1% (8.195)
Outros (p<0,001)	0,4% (11) b	0,4% (64) b	0,3% (9) b	1,1% (126) a	1,1% (68) a	0,7% (278)

Nota:

A representação por letras iguais nas linhas das tabelas revela que não há diferença estatisticamente significativa entre os resultados, quando comparadas as regiões. Letras diferentes representam diferença significativa quando comparados os resultados entre as regiões.

e figuras em relevo tátil e em Braille direcionados às pessoas com deficiência visual, assim como os recursos auditivos (sonoros) para os usuários com deficiência auditiva, mostraram-se praticamente inexistentes nas UBS do país (Tabela 3).

## Discussão

Em suma, a região Norte apresentou menores índices de adequação estrutural para acessibilidade, enquanto a Sudeste, melhores índices, na comparação com as demais grandes regiões nacionais. Porém os resultados foram insatisfatórios: a grande maioria das variáveis referiu valores abaixo de 50%. Itens sobre acessibilidade para pessoas com deficiência e não alfabetizadas também apresentaram pontuações muito baixas.

Os dados adquiridos do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde foram analisados a partir de três seções de perguntas, em que foram verificados os resultados referentes à acessibilidade na UBS, levando-se em consideração: (i) a área externa da entrada na UBS, cujo melhor resultado diz respeito ao piso regular, porém em apenas metade dos serviços avaliados; (ii) a acessibilidade às pessoas com deficiência e idosos, cujo principal achado é preocupante, pois aproximadamente um terço das UBS do país disponibiliza cadeira de rodas para deslocamento do usuário; e (iii) a acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditivas, quesito que apresentou maior inadequação entre todos os itens avaliados.

Os dados apresentados são alarmantes, por desvelarem a falta de acessibilidade identificada em investigação de âmbito nacional, ainda mais quando se reconhece a ABS como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada aos serviços do SUS. Se o primeiro e contínuo acesso (conforme proposto) apresenta barreiras, o acesso, o cuidado e a resolutividade mostram-se comprometidos.

As publicações referentes às barreiras arquitetônicas e de comunicação em serviços de saúde no país são bastante limitadas, com dados de investigações conduzidas em número restrito de UBS, municípios e regiões do Brasil. Logo, este é o primeiro estudo a apresentar a realidade das UBS de todo o país no que concerne às barreiras arquitetônicas e de comunicação, enfrentadas não somente por pessoas com deficiência física e idosos, e sim por todos os usuários da ABS. A discussão dos achados foi subsidiada pelos poucos

estudos identificados na literatura e pela legislação referente ao objeto de estudo.

Quanto às barreiras arquitetônicas na área externa das UBS, os resultados demonstram que o item a apresentar maior adequação, em todas as regiões, foi o piso regular; entretanto, sua presença foi identificada em, aproximadamente, metade dos serviços avaliados.

Nessa mesma direção, a literatura apresenta resultados igualmente preocupantes. Na região Sul, em avaliação de 120 UBS, 40% delas foram consideradas adequadas do ponto de vista do acesso de pessoas com alguma deficiência. Na maioria das unidades, as calçadas existentes não permitiam o deslocamento seguro por deficientes e idosos.<sup>9</sup> Já no estado da Paraíba, região Nordeste, 90% das calçadas de 20 unidades avaliadas estavam inadequadas para pessoas com deficiência.<sup>10</sup> No Sudeste, usuários descreviam a área externa das UBS com degraus, buracos nos pisos e presença de outras barreiras ao acesso.<sup>11</sup>

A inadequação relacionada aos diferentes tipos de piso e calçada das áreas externas às unidades, como a existência de desníveis, pode causar situações de risco aos usuários.<sup>1</sup> Tais situações são potencializados em usuários que apresentam algum grau de incapacidade funcional ou deficiência visual. Não somente as áreas próximas às unidades e sim todas as vias públicas necessitam de projetos de urbanização que garantam às pessoas idosas, com mobilidade reduzida e com deficiências circulares com segurança.<sup>12</sup>

Outro aspecto a ser considerado é que, muitas vezes, as regiões do entorno das UBS representam apenas uma extensão de contextos urbanos desfavoráveis ao acesso. O Censo Demográfico de 2010<sup>4</sup> revelou que tão somente 5,8% dos domicílios brasileiros possuíam rampa para cadeirante no perímetro de suas quadras, e as regiões Norte e Nordeste – aqui também – foram as que tiveram menores porcentagens de registro desse item: apenas 1,6% para cada região. Ainda de acordo com o Censo 2010, o Nordeste e o Norte apresentam, proporcionalmente, maior população de indivíduos com alguma deficiência, um dado para reflexão sobre a necessidade de o sistema de saúde respeitar o princípio da equidade na alocação de recursos, políticas públicas e investimentos em todo o território nacional.<sup>4</sup>

Outro achado deste trabalho foi a constatação da presença de tapetes em 16,4% das UBS do país. Tapetes devem ser evitados em rotas acessíveis e, quando presentes, cumpre aos responsáveis fixá-los ao piso (eventual desnível não pode exceder 5mm), prevenindo



enrugamentos e dobras em seu tecido que venham a prejudicar o deslocamento das pessoas.<sup>1</sup> Porém, o instrumento de avaliação externa do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde não dispôs essa informação, impossibilitando a identificação de adequação ou inadequação desse quesito.

Foram identificadas rampas de acesso na área externa de 43,5% das UBS. Porém, apenas 7,6% delas possuíam corrimão, evidenciando-se uma incoerência no cumprimento de normas estabelecidas pela ABNT-NBR 9050/2015. A existência de rampa de acesso sem a devida instalação de corrimão, cuja ausência constitui um grave problema, pode acarretar situações que comprometem a integridade dos usuários com deficiência física ou mobilidade reduzida.<sup>1</sup>

Os achados demonstram, ainda, que mais de 70% das UBS não possuíam corredor e portas de entrada para cadeira de rodas, dados que corroboram o achado de Facchini et al. (2006) em seu estudo realizado na região Sul.<sup>9</sup>

Embora as regiões Sul e Sudeste tenham apresentado os melhores resultados de acessibilidade, as pessoas com deficiência e seus familiares referiram a existência de barreiras arquitetônicas em unidades dessas regiões, como ausência de banheiros adaptados, presença de rampas íngremes e corredores estreitos.<sup>11</sup> O banheiro era visto como o local com acesso mais inadequado, sem barras de apoio e com altura irregular do assento.<sup>13</sup>

Os resultados que se referem a pessoas idosas e com deficiência, especialmente, demonstraram o grau de precariedade da acessibilidade. Em média, apenas um terço das UBS do país, aproximadamente, disponibilizava cadeira de rodas para deslocamento do usuário. A garantia de acesso aos serviços de saúde por pessoas idosas é condição necessária, uma vez que o percentual de idosos no país está estimado em 7,4%, conforme o Censo do IBGE 2010,<sup>4</sup> população mais vulnerável aos agravos de doenças crônico-degenerativas e ao desenvolvimento de algum tipo de deficiência decorrente do processo de senescência, prejudicando ainda mais seu acesso aos equipamentos de saúde pública.<sup>14,15</sup>

A queda, por exemplo, é um dos principais acontecimentos capazes de levar o idoso a uma incapacidade funcional, permanente ou temporária. Os fatores extrínsecos responsáveis por uma queda são associados ao ambiente, que, a depender da facilidade para deslocamento, pode oferecer riscos ou não de quedas entre idosos.<sup>16</sup>

Mobilidade reduzida e deficiência física, somadas a barreiras arquitetônicas, tornam-se fatores importantes de predisposição a quedas em frequentadores de UBS.<sup>17</sup> Não propiciar ao usuário um ambiente que promova de fato sua segurança e autonomia acarreta prejuízos a sua saúde, impedindo-os de usufruir dos serviços oferecidos no espaço das unidades de saúde.

Entre os achados referentes à estrutura física das UBS que permitem acessibilidade a idosos e pessoas com deficiência, a presença de corrimão na área interna das unidades veio a ser o pior item avaliado, existente em apenas 5,7% das unidades de todo o país. Entre as grandes regiões brasileiras, o Nordeste apresentou maior precariedade nesse item, com 2,9%.

Ademais, não é somente a ABS que apresenta dificuldades no quesito acessibilidade. Entre hospitais gerais de Sobral, CE, foram constatados poucos estabelecimentos com instalações sanitárias adequadas ao deficiente físico e espaço para transposição de usuários de cadeira de rodas; por exemplo, nenhum deles contava com barras horizontais de apoio e auxílio na transferência da cadeira de rodas para os sanitários.<sup>18</sup> Em João Pessoa, PB, foram realizadas entrevistas domiciliares com usuários portadores de alguma deficiência ou restrição permanente de mobilidade, e mais da metade deles declarou a existência de barreiras arquitetônicas no trajeto de suas residências até o local onde costumam receber atendimento, tais como ausência de rampas, ruas calçadas, corrimão e sinal de pedestre.<sup>19</sup> Torna-se, portanto, imprescindível investir na estrutura física dessas unidades.

Nesse sentido, outro fator a considerar, enquanto eventual barreira arquitetônica, consiste na inadequação dos ambientes ou precárias instalações para atendimento à população em estabelecimentos alugados ou improvisados.<sup>20</sup>

Contudo, acessibilidade não diz respeito apenas às condições arquitetônicas; nela também se incluem questões de comunicação e informação dirigidas ao usuário dos serviços.<sup>21</sup>

Os achados deste estudo específicos sobre a acessibilidade de pessoas com alguma deficiência visual, auditiva ou não alfabetizadas são mais preocupantes, todavia, dada sua maior inadequação entre todos os itens avaliados. Publicações dedicadas à comunicação e acolhimento de pessoas com tais características também foram menos encontradas na literatura: das 38.812 UBS avaliadas, somente 83 (0,2%) apresentavam caracteres em Braille ou figuras em relevo, demonstrando a

inadequação dos serviços de saúde na abordagem e informação ao usuário com deficiência visual.

O acesso de pessoas com algum tipo de deficiência sensorial deve ser promovido mediante a implementação de ações nas UBS que assegurem uma comunicação e ambientação interior adequadas a suas necessidades.<sup>22</sup> Na UBS pesquisada no estado de Goiás, por exemplo, não se encontrou a imagem do símbolo internacional de acesso.<sup>13</sup> A utilização destes símbolos deve-se fazer presente, de forma a indicar os meios acessíveis às pessoas que possuem alguma deficiência ou dificuldade de mobilidade.<sup>1</sup>

Com relação à comunicação direta e pessoal com o usuário, é fundamental a capacitação dos profissionais da Saúde no acolhimento a todos os usuários do SUS, incluídas as pessoas com deficiência auditiva e/ou visual. Nesse sentido, oferecer ou possibilitar uma capacitação especializada para esses trabalhadores direcionaria os atendimentos para um serviço mais igualitário, universal e integral.<sup>23</sup>

Os resultados do presente estudo demonstraram a inadequação do acolhimento às pessoas com deficiência. Ferramenta indispensável à humanização do cuidado à saúde, o acolhimento, quando ausente, representa uma das fragilidades dos serviços de saúde.<sup>24</sup> Deve-se garantir a universalidade do sistema, deslocando-se o eixo central das atividades da unidade no desempenho do profissional médico, promovendo-se uma reorganização do processo de trabalho, elevando-se a relação de todos os profissionais envolvidos com os usuários, pela humanização e valorização da cidadania na Saúde.<sup>25</sup>

De fato, apesar dos esforços e ações promovidos pelo Estado para erradicar as barreiras arquitetônicas e outras, e assim promover o acesso do indivíduo com alguma deficiência ou que possui dificuldade de mobilidade e locomoção, é preocupante tamanha desconformidade estrutural ao que é preconizado pelas normas da ABNT. A complexidade na diversidade de deficiências é reconhecível e representa um grande desafio para suprir todas as necessidades dessa demanda. Ações que interferiram nessa realidade são urgentes, em nome de uma oferta de serviços de acordo com os padrões estabelecidos pela ABNT-NBR 9050/2015, cujo objetivo central é proporcionar, de forma autônoma, independente e segura, a utilização de edificações, mobiliários e equipamentos urbanos pelo maior número de pessoas com ou sem limitações.<sup>1</sup> A instituição dessas normas promove a autonomia de usuários, deficientes e idosos

– principalmente destes, cuja participação é crescente, proporcionalmente à do restante da sociedade, decorrente do aumento da expectativa de vida na população geral.<sup>15</sup>

É mister um olhar ampliado sobre as pessoas com alguma deficiência e/ou com dificuldade de locomoção, devendo os equipamentos de saúde obedecer a critérios estabelecidos por lei.<sup>22</sup> A Lei nº 10.098/2000 deixa explícitos tais critérios de acessibilidade, demonstrando quais obstáculos devem ser suprimidos para a garantia do acesso de todo cidadão aos equipamentos urbanos.<sup>26</sup>

O SUS, fundado sobre os princípios de integralidade, universalidade e equidade, prevê possibilidades reais de inclusão de usuários com alguma deficiência, sob o ponto de vista da acessibilidade.<sup>23</sup> No entanto, conforme demonstrado, a maioria das UBS do país não apresenta estrutura física e de comunicação que permita a acessibilidade de usuários que possuem dificuldade de locomoção, dificultando a vida social desses usuários-cidadãos, prejudicando sua independência e autonomia, seu direito de pleno acesso à Saúde garantido pela Constituição. A acessibilidade a edifícios públicos, estejam eles em processo de construção, ampliação ou reforma, deve ser considerada de maneira a oferecer condições mínimas ao exercício desse direito.<sup>27</sup>

Para reafirmar ainda mais a dificuldade dos serviços públicos de saúde em garantir esse direito, deve-se compreender o contexto histórico-político do SUS e a construção de sua atual crise, a partir de duas questões colocadas: (i) o subfinanciamento da saúde, desde os seus primórdios; e (ii) a relação público-privada.<sup>28</sup>

O SUS, por ser universal, apresenta vários desafios para sua subsistência e eficácia, principalmente com seu baixo investimento *per capita* comparado às indicações internacionais.<sup>28</sup>

Cada vez mais, o SUS vem sofrendo com o subfinanciamento. Primeiro, em 2015, com a Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015, que diminuiu a porcentagem de investimento da receita corrente líquida da união, ocasionando numa perda bilionária nos investimentos para a saúde pública.<sup>29</sup> A esse quadro acrescentam-se os efeitos de outra emenda constitucional, a EC95, aprovada em dezembro de 2016. Muito embora a realidade dos serviços mostre uma necessidade concreta de mais investimentos, os esforços realizados em busca de uma saúde mais acessível, resolutiva, humanitária e justa possível – especialmente no que diz respeito a seu acesso – encontram na EC-95 mais um impedimento ao alcance de tais metas: ela estabelece, por 20 anos,

um limite para os gastos primários da União (entre os quais se inclui a Saúde),<sup>30</sup> refletindo em retrocesso no investimento a um setor tão importante para os brasileiros.

Outrossim, a Medida Provisória nº 727, que amplia a desestatização econômica e dispõe o patrimônio das empresas estatais a serviço dos interesses do capital privado.<sup>28</sup> Somam-se a essas iniciativas legais outras propostas e projetos de lei visando minimizar a governabilidade e autonomia do Estado na gestão dos sistemas e políticas públicas, via retirada de conquistas da sociedade democrática – a exemplo da Saúde, pública, universal e gratuita –, levando à configuração de um Estado mínimo e mercantilização dos direitos sociais, sob a alegação de que políticas públicas para todos são inviáveis e, até mesmo, culpadas pela crise econômica, sem que se permita contestar a legitimidade dessa justificativa.<sup>28</sup>

Na medida em que foram criadas ferramentas como o PMAQ-AB, para que houvesse garantias de repasse à Saúde, especialmente à Atenção Básica no âmbito do SUS, presencia-se um cenário de desconstrução ou mesmo desmantelamento de garantias e direitos constitucionais, refletidos nas medidas de congelamento dos gastos públicos e licença à maior penetração de capital estrangeiro na área da Saúde. A realidade epidemiológica atual, somada às projeções de futuro com base no envelhecimento populacional, aumento da ocorrência de doenças crônicas na sociedade e – particularmente

para este trabalho – maior utilização dos serviços por pessoas idosas e com alguma deficiência de mobilidade, auditiva e/ou visual, impõe a necessidade de adequação dos ambientes das unidades de saúde que, de fato, possa permitir um acesso equânime desses usuários aos serviços, com maior autonomia possível. Infelizmente, esse objetivo tem-se afastado consideravelmente da realidade da população brasileira. Lutar por equidade e acesso democrático é fundamental, no sentido de melhor qualificar o acesso à saúde no país e mudar a realidade presente.

### Contribuição dos autores

Santos MLM, Fernandes JM e Sanches VS contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Souza AS e Christofolletti G contribuíram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Vicente DP, Simionatto J e Merey LF contribuíram na concepção e delineamento do estudo, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

### Referências

1. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR 9050/2015: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas; 2015.
2. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005 [citado 25 mar 20];8(2):187-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
3. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento as pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas que possuem alguma deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2004 dez 02 [citado 2020 mar 25]:5. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm)
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2020 mar 25]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
5. Prado ARA, Lopes ME, Ornstein SW. *Desenho Universal: Caminhos da Acessibilidade no Brasil*. São Paulo: Anna Blume; 2010.
6. Travassos M, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado 2020 mar 25];20(Suppl 2):S190-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>



7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 mar 25]. 62 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 mar 25]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Teixeira VA. Monitoramento e avaliação do projeto de expansão e consolidação da saúde da família (PROESF): relatório final do estudo de linha de base [Internet]. Pelotas: UFPel; 2006 [citado 2020 mar 25]. Disponível em: [http://www.dms.ufpel.edu.br/proesf/relatorios\\_municipais/sul/relatorio\\_final\\_proesf\\_ufpel\\_passo\\_fundo.pdf](http://www.dms.ufpel.edu.br/proesf/relatorios_municipais/sul/relatorio_final_proesf_ufpel_passo_fundo.pdf)
10. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 nov-dez [citado 2020 mar 25];63(6):964-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600015>
11. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2010 set-dez [citado 2020 mar 25];21(3):230-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14109/15927>
12. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 dez [citado 2020 mar 25];63(6):933-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600010>
13. 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 Facul Montes Belos (FMB)* [Internet]. 2015 [citado 2020 mar 25];8(3):36-179. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/189>
14. Zaslavsky C, Gus I. Idoso, doenças cardíacas e comorbidades. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2002 dez [citado 2020 mar 25];79(6):635-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002001500011>
15. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MAP. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 set [citado 2020 mar 25];11(3):657-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>
16. Almeida ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I., Resende TL. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predis põem a quedas em idosos. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 jul-ago [citado 2020 mar 25];58(4):427-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000400012>
17. Siqueira FCV, Fachinni LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiências física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 fev [citado 2020 mar 25];14(1):39-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>
18. Araújo AEA, Pagliuca LMF, Macedo KNF, Almeida PC. Instalações sanitárias e áreas de circulação em hospitais: Adequações aos deficientes físicos. *RENE* [Internet]. 2008 fev [citado 2020 mar 25];9(1):36-44. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4975>
19. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 jul [citado 2020 mar 25];17(7):1833-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022>
20. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010 nov [citado 2020 mar 25];10(1):69-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>
21. Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 jun [citado 2020 mar 25];32(2):378-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200023>

22. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), 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 cidadania [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 jul 7 [citado 2020 mar 25]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm)
23. Vianna NG, Cavalcanti MLT, Acioli MD. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2014 jul [citado 2020 mar 25];19(7):2179-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09392013>
24. Chagas HMA, Vasconcelos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Saúde Soc [Internet]. 2013 jun [citado 2020 mar 25];22(2):377-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200010>
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 1999 abr [citado 2020 mar 25];15(2):345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
26. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2000 dez 20 [citado 2020 mar 25]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L10098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm)
27. Deliberatto PCP, Monteiro CAA, Moreira JK, Teodolino JL. Utilização da NBR 9050 e do questionário bipolar na avaliação da acessibilidade de clínicas de fisioterapia. Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2006 abr-jun [citado 2020 mar 25];4(8):38-43. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol4n8.440>
28. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate [Internet]. 2016 dez [citado 2020 mar 25];40(spe):122-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016s11>
29. Mendes A, Funcia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC (Org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; ABrES; Organização Mundial da Saúde: 2016 [citado 2020 mar 25]. p. 139-68. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financiamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf)
30. Mendes A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [citado

## Abstract

**Objective:** to analyze the results of the National Census of Primary Health Care Centers with regard to architectural and communication barriers in Primary Health Care throughout Brazil. **Methods:** this was a cross-sectional study based on data from the first National Census of Primary Health Care Centers conducted between May and October 2012. **Results:** the Northern region had the lowest rates of adequacy; although the Southeast region had the best rates when compared to the country's other regions, they were nevertheless unsatisfactory, since for many items adequacy was still below 50%; the items relating to accessibility by people with disabilities (5.7 to 34.2%) and/or the illiterate (0.1 to 27.4%) had very low scores. **Conclusion:** the majority of services evaluated had architectural and communication barriers, hindering access to health services by disabled, illiterate or elderly people; the importance of allocating resources to reduce inequities and improve access is stressed.

**Keywords:** Architectural Accessibility; Unified Health System; Primary Health Care; Barriers to Access of Health Services.

## Resumen

**Objetivo:** analizar la accesibilidad de los usuarios al Censo Nacional de las Unidades Básicas de Salud en lo referente a barreras arquitectónicas y de comunicaciones en todo Brasil. **Métodos:** estudio descriptivo analítico con base en los datos del primer Censo Nacional de las Unidades Básicas de Salud; la encuesta se realizó entre mayo y octubre de 2012. **Resultados:** la región Norte presentó menores índices de adecuación, mientras que el Sudeste presentó mejores índices comparados a las demás regiones, pero insatisfactorios, pues muchos ítems permanecieron por debajo del 50%; los ítems sobre accesibilidad por personas con discapacidad (5,7 a 34,2%) y no alfabetizadas (0,1 a 27,4%) presentaron una puntuación muy baja. **Conclusión:** los datos demuestran que la mayoría de los servicios evaluados poseen barreras arquitectónicas y de comunicación, perjudicando la accesibilidad a los servicios de salud prestados a las personas con discapacidad, no alfabetizadas o ancianas, y exalta la importancia de asignación de recursos para la reducción de inequidades y mejoría del acceso.

**Palabras clave:** Accesibilidad Arquitectónica; Sistema Único de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

Recebido em 01/10/2018  
Aprovado em 27/02/2020

Editora associada: Suele Manjourany Duro –  [orcid.org/0000-0001-5730-0811](https://orcid.org/0000-0001-5730-0811)