



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARYANNE CABRAL XAVIER

**ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

MARYANNE CABRAL XAVIER

**ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Alex do Nascimento Alves

**CAMPINA GRANDE – PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

X3a Xavier, Maryanne Cabral.

Acessibilidade de pessoas com deficiência em Unidades Básicas de Saúde do estado da Paraíba [manuscrito] / Maryanne Cabral Xavier. - 2019.

17 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.

"Orientação : Prof. Me. Alex do Nascimento Alves , Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Acessibilidade . 2. Pessoas com deficiência . 3. Atenção básica . I. Título

21. ed. CDD 610.73

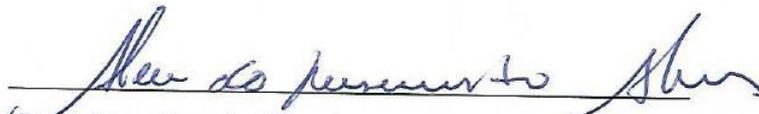
MARYANNE CABRAL XAVIER

**ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharela em
Enfermagem.

Aprovado em: 03/04/2019.

BANCA EXAMINADORA



(Prof. Me. Alex do Nascimento Alves (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. Esp. Sueli Aparecida Albuquerque Almeida

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Enf. Esp. Raenilson Araújo Ramos

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 MARCOS POLÍTICOS LEGAIS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	6
2.2 ACESSIBILIDADE A SAÚDE	7
2.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ – AB)	8
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
5 CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS	14

ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

ACCESSIBILITY OF DISABLED PEOPLE IN BASIC HEALTH UNITS OF THE PARAÍBA STATE

Maryanne Cabral Xavier¹

RESUMO

Introdução: A discussão relacionada às pessoas com deficiência (PcD) passou por um processo de evolução ao longo da história. Aos poucos foram estabelecidas leis e políticas que lhes asseguram direitos principalmente voltados ao acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar a acessibilidade em unidades básicas de saúde do Estado da Paraíba em sua dimensão sócio-organizacional para pessoas com deficiência a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com base nos dados da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado em 2012. **Resultados e discussão:** Os resultados foram elencados por meio de tabelas e apontaram presença de barreiras arquitetônicas e de comunicação nas UBS avaliadas. **Conclusão:** Conclui-se que há necessidade de adequação dos recursos físicos, humanos e materiais para garantir acessibilidade e inclusão social dessa população.

Palavras-chave: Acessibilidade. Pessoas com deficiência. Atenção Básica.

ABSTRACT

Introduction: The discussion related to people with disabilities (PcD) has undergone a process of evolution throughout history. Laws and policies have been gradually established that guarantee them rights mainly focused on access to health services. **Objective:** To analyze the accessibility in basic health units of the State of Paraíba in its socio-organizational dimension for people with disabilities, based on the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). **Methodology:** This is a cross-sectional study based on data from the external evaluation of the first cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB) conducted in 2012. **Results and discussion:** The results were listed by the presence of architectural and communication barriers in the UBS evaluated. **Conclusion:** It is concluded that there is a need for adequate physical, human and material resources to guarantee accessibility and social inclusion of this population.

Keywords: Accessibility. Disabled people. Basic Attention.

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, é possível identificar que as pessoas com deficiência (PcD) eram submetidas a segregação e exclusão pelo fato de serem vistas como anormais e inválidas. Conceitos preconceituosos e denominações ofensivas foram algumas das barreiras que precisaram ser enfrentadas. A percepção sobre esse grupamento populacional passou por um processo de evolução no qual considera-se a cultura, o período histórico e os valores presentes em cada sociedade. Foi a partir de mobilizações sociais que muitas conquistas foram alcançadas em benefício dessa população (MARTINS et al., 2018).

À medida que leis e políticas foram criadas, as demandas desse grupo populacional tem sido discutidas com maior relevância e vem contribuindo para a eliminação das barreiras ainda presentes na sociedade, principalmente no que diz respeito aos serviços de saúde, tendo em vista que a assistência prestada as pessoas com deficiência costumava ser limitada a prevenção de doenças infectocontagiosas enquanto que as necessidades relacionadas a sua condição específica eram vistas como responsabilidade somente da atenção terciária (MARTINS et al., 2018).

A atenção primária ou atenção básica é apresentada como o primeiro nível de assistência e considerada a principal porta de entrada aos serviços de saúde. Devendo oferecer recursos que atendam às necessidades e problemas da comunidade levando em consideração a particularidade dos indivíduos a fim de garantir facilidade de acesso e cuidados contínuos, no qual devem estar incluídas as pessoas com deficiência. A assistência deve ser assegurada em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e para que a atenção básica se constitua como porta de entrada, é imprescindível que seja acessível a toda a população (STARFIELD, 2002).

Os conceitos de acesso e acessibilidade, no âmbito da saúde, são empregados por alguns autores como sinônimos ou como termos de significados distintos. Contudo, Donabedian (2003) *apud* Albuquerque et al., (2014) não faz distinção entre eles e determina que ambos estão relacionados à capacidade de conseguir obter os cuidados à saúde quando necessário, ou seja, diz respeito a facilidade de buscar e receber a assistência. Ainda segundo o autor, a acessibilidade pode ser abordada em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira envolve distância e locomoção do indivíduo para o serviço de saúde, e a segunda refere-se as características que são ofertadas para facilitar o acesso (DONABEDIAN *apud* ALBUQUERQUE et al., 2014).

Sem mecanismos que assegurem acessibilidade, a atenção básica não consegue contemplar todos os indivíduos esperados. Sendo assim, em busca de garantir a ampliação do acesso e uma assistência com constante melhoria em sua qualidade, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). Se desenvolve em quatro fases que constituem um ciclo em função do alcance de seu principal objetivo e também estimula uma autoavaliação por parte dos profissionais e gestores em busca da garantia de um padrão de qualidade (RIBEIRO et al., 2015).

Embora muito se discuta sobre acessibilidade e inclusão social, percebe-se que ainda há presença de barreiras que conseqüentemente configuram fragilidade nos serviços públicos e privados e cobertura insuficiente da assistência as demandas dos indivíduos, especificamente, as pessoas com deficiência. Muitas são as dificuldades que envolvem, principalmente, falha nos recursos humanos por meio de

profissionais despreparados para atender determinado público e estruturas inadequadas impossibilitando facilidade no acesso com autonomia e segurança (MARTINS et al., 2018).

Portanto, considerando os aspectos abordados, objetivou-se com esse estudo analisar a acessibilidade em unidades básicas de saúde do estado da Paraíba em sua dimensão sócio-organizacional para pessoas com deficiência a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MARCOS POLÍTICOS LEGAIS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A discussão sobre a deficiência passou por uma longa evolução no decorrer da história. As pessoas que apresentavam algum tipo de limitação física eram consideradas como anormais, inválidas, defeituosas, entre tantas outras denominações preconceituosas. Aos poucos a concepção sobre esse grupo populacional foi sofrendo alterações e, à medida que muitas conquistas foram alcançadas, passou-se a utilizar o termo “pessoas deficientes”, posteriormente “pessoas portadoras de deficiência”, até chegar na denominação utilizada nos dias atuais “pessoas com deficiência (PcD)”. No âmbito da saúde, a assistência a PcD era limitada às condições agudas, ou seja, não recebiam atendimento integral considerando a sua deficiência mas somente a patologia apresentada no momento (GIRONDI; SANTOS, 2011).

Um marco importante para a mudança deste cenário foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que determinou o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência. A partir disso, a temática ganhou mais relevância e passou a ser discutida com mais profundidade entre os países membros. Além de evidenciar a situação das pessoas com deficiência, este marco trouxe também como benefício a aprovação em 1982 do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, onde foram ressaltados os direitos desse grupo, principalmente no que diz respeito a igualdade, e determinadas as diretrizes em diversas áreas de atenção para essa população (BRASIL, 2002).

Mais adiante, por meio do Decreto nº 3.298 de 1999, instituiu-se a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência e em 2001, através do Decreto nº 3.956 de 08 de outubro de 2001, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência. Estas novas conquistas buscavam garantir a inclusão desse grupo populacional e desfazer todo tipo de preconceito, tendo em vista que, assim como qualquer cidadão, as pessoas com deficiência devem estar asseguradas do acesso a todo tipo de serviço que atenda às suas necessidades (GIRONDI; SANTOS, 2011).

Em 2002, a Portaria nº 1.060/02, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que tem como objetivo promover a saúde buscando não somente a prevenção de agravos e patologias agudas como também a reabilitação do desempenho funcional e humano do indivíduo, julgando necessário a atenção à especificidade de sua condição. Além disso, visa a criação de ambientes adequados que possibilitem a participação desse segmento populacional na sociedade, constituindo acessibilidade para todas as pessoas, independente da categoria de sua deficiência, garantindo assim a inclusão social desse grupo e uma qualidade de vida adequada (BRASIL, 2002).

Aos poucos foi se modificando a realidade das pessoas com deficiência, contudo, a necessidade de melhorias se dava de forma contínua. Em 2004, a Lei nº 10.048/00 que determina a prioridade do atendimento e a Lei nº 10.098/00 que estabelece normas e critérios para a promoção da acessibilidade, foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/04. Pode-se dizer que este é um dos principais instrumentos para a implementação da acessibilidade no país, tendo em vista que determina, além do que está disposto nas referidas leis, condições gerais e específicas para a acessibilidade arquitetônica e urbanística, acessibilidade aos serviços de transportes coletivos, acesso a informação e a comunicação (BRASIL, 2004).

Posteriormente, foram lançados outros decretos, portarias e cartilhas a fim de possibilitar uma efetiva inclusão social das pessoas com deficiência, principalmente no âmbito da saúde. Destacam-se, portanto, as cartilhas “A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde (2007)” e “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS (2009)”, o Decreto nº 7.612/11 que determina o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, e a Portaria nº 793/12 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Tais documentos, e com mais especificidade a Rede de Cuidados, tem como objetivo, de um modo geral, garantir acesso integral a saúde e atendimento qualificado (BRASIL, 2012).

2.2 ACESSIBILIDADE A SAÚDE

Em 2006, a Portaria nº 648/GM aprovou a Política Nacional de Atenção Básica atualmente regulamentada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Caracterizada por ações individuais e coletivas, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com base na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, a atenção básica configura-se como a porta de entrada prioritária dos indivíduos no SUS e tem como principal estratégia a saúde da família (ESF). Além disso, orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

Se mantém em constante atualização a fim de proporcionar melhorias na assistência para assegurar ações integrais e contínuas a população destinada. Contudo, a atenção básica ainda enfrenta inúmeros desafios para garantir acesso universal principalmente às pessoas com deficiência. São muitas as barreiras presentes, tanto físicas quanto sociais e culturais, as quais comprometem a acessibilidade aos serviços de saúde. Tendo em vista que esse segmento populacional apresenta mais dificuldades devido a sua condição específica, os ambientes devem estar adaptados para recebê-los e garantir o livre acesso com segurança (MARTINS et al., 2018).

No âmbito da saúde, é preciso entender que a acessibilidade envolve duas dimensões. Uma se refere ao deslocamento do indivíduo até os serviços de saúde, incluindo distância, gastos e tempo de locomoção, e a outra está relacionada com as características do serviço ofertado, isso inclui recursos humanos, tecnológicos e, sobretudo, estruturas adequadas para acolher e assistir de forma eficaz toda a população de acordo com a singularidade de cada um. Essas dimensões são denominadas geográfica e sócio-organizacional, respectivamente (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Ao aprofundar a dimensão sócio-organizacional é comum relacionar somente as barreiras arquitetônicas, abordando estrutura e mobiliários, e conseqüentemente

não se considera que o acesso restrito a informação também se caracteriza como um impasse na garantia da acessibilidade. Pois, as pessoas com deficiências não são compostas apenas por aquelas que possuem limitações em sua mobilidade física, mas também visual, auditiva e mental, como define o Decreto nº 5.296:

§ 1.º Considera-se, para os efeitos deste Decreto: I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2004).

A dificuldade de acesso para esse segmento populacional conseqüentemente gera a diminuição da busca pelos serviços de saúde propiciando maior facilidade do surgimento de agravos e patologias. Assim, a acessibilidade e a inclusão social são imprescindíveis à sociedade, para que a autonomia desses indivíduos seja favorecida e estes não se sintam excluídos do meio em que estão inseridos. A sociedade, em todos os âmbitos, precisa se modificar e adaptar-se para conviver com todos, sem que haja distinção, e com isso as pessoas com deficiência possam desfrutar dos espaços com mais confiança, comodidade e segurança (BRASIL, 2008).

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ – AB)

Tendo em vista a necessidade de qualificação da Atenção Básica, várias iniciativas foram propostas e entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). Foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 2011 sendo atualmente regulamentado pela Portaria nº 1.645 GM/MS de 2015. Tem como objetivo ampliar o acesso e melhorar a qualidade desse nível de atenção, buscando um padrão nacional, regional e local, a fim de garantir maior transparência e efetividade das ações (BRASIL, 2015).

O PMAQ - AB desenvolve-se em quatro fases que compõem um ciclo contínuo de melhoria e qualidade na Atenção Básica, são elas: a primeira refere-se a adesão e contratualização; a segunda constitui-se no desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; a terceira é avaliação externa e a quarta a recontratualização. Esse programa estimula que os profissionais de saúde atuantes nesta área realizem uma autoavaliação enquanto equipe e também de modo individual para que, a partir disso, possam oferecer um serviço com maior qualidade, enfatizando as reais necessidades da população (RIBEIRO et al., 2015).

A atenção básica enfrenta inúmeros desafios na sua busca em ofertar serviços de qualidade e com resolutividade para os indivíduos. Além das fragilidades arquitetônicas, barreiras de acesso a comunicação, estrutura e mobiliários inadequados para atender toda a população independente de sua individualidade, a gestão de recursos humanos e de materiais também representa uma dificuldade bastante considerável. É necessário aliar as questões estruturais e materiais à profissionais qualificados que saibam transformar os recursos disponíveis em resultados positivos. O PMAQ – AB, portanto, atua na busca por essa conquista (RIBEIRO et al., 2015).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado a partir de dados secundários obtidos por meio do banco de dados do PMAQ - AB referentes ao primeiro ciclo realizado em 2012. Os dados utilizados são da avaliação externa, terceira fase do ciclo de avaliação do PMAQ, elencados a partir de pesquisa realizada em parceria com instituições que fazem parte da Rede de Pesquisa em Atenção Primária (Rede APS).

Criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 e atualmente regulamentado pela Portaria nº 1.645 GM/MS de 2015, o PMAQ tem como principal objetivo ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica. Desenvolve-se em um ciclo com quatro fases denominadas: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa; e Recontratualização. A avaliação externa, fase na qual foram extraídos os resultados desse estudo, envolve ações direcionadas à certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção, prestadas pelas equipes participantes do Programa.

O instrumento dessa avaliação organiza-se em três módulos: Módulo I – Observação na unidade básica de saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; e Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

A coleta foi realizada através de um instrumento elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da saúde com a colaboração das instituições parceiras que foram responsáveis por organizar e desenvolver os trabalhos de campo, a seleção e capacitação das equipes de avaliadores que aplicaram o instrumento de avaliação e, por fim, operacionalizada no período de maio a outubro de 2012.

Para fins deste estudo serão utilizados os dados do Módulo I do primeiro ciclo do PMAQ-AB, que objetivou avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde. A partir deste módulo foram os dados referentes ao tipo de unidade básica e acessibilidade na unidade de saúde. A análise

dos dados foi realizada através do software IBM SPSS versão 20 e apresentados em tabelas por meio da frequência absoluta e frequência relativa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados inicia-se com uma breve caracterização do cenário de estudo, identificando a tipologia das unidades. Em seguida, apresenta aspectos da acessibilidade na dimensão sócio-organizacional abordando características externas e internas das Unidades Básicas de Saúde voltadas a acessibilidade das pessoas com deficiência, e também aponta presença ou não de mecanismos para garantir acesso aos indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva.

Foram avaliadas no estado da paraíba 1416 unidades básicas de saúde caracterizadas de acordo com o tipo e classificadas em: posto de saúde 17,2% (n=243), centro de saúde/unidade básica de saúde 77,8% (n= 1101), posto avançado 1,6% (n=23), e outros 3,5% (n=49), conforme tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde, PMAQ-AB, primeiro ciclo. Paraíba, Brasil, 2012.

Tipo de unidade	n	%
Posto de Saúde	243	17,2
Centro de Saúde/UBS	1101	77,8
Posto Avançado	23	1,6
Outros	49	3,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012. (N=1416)

Quando verificado se as unidades básicas de saúde apresentavam boas condições na parte externa para o acesso dos usuários, observou-se que 77,5% (n=1098) das unidades não possuía boas condições, 78,7% (n=1115) não possuía piso antiderrapante, 54,3% (n=769) não possuía piso regular, 59,4% (n=841) não possuía rampa de acesso, 93,5% (n=1324) não possuía corrimão e 77,5% (n=1098) não possuía porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas (tabela 2).

Tabela 2. Caracterização da acessibilidade externa das Unidades Básicas de Saúde, PMAQ-AB, primeiro ciclo. Paraíba, Brasil, 2012.

Variáveis	N	Sim		Não	
		N	%	N	%
A calçada da entrada da Unidade de Saúde está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para pessoas com necessidades especiais e cadeirantes.	318	22,5	1098	77,5	
Possui tapete.	210	14,8	1206	85,2	
Possui piso antiderrapante.	301	21,3	1115	78,7	
Possui piso regular.	647	45,7	769	54,3	
Possui piso liso.	429	30,3	987	69,7	
Possui rampa de acesso.	575	40,6	841	59,4	
Possui corrimão.	92	6,5	1324	93,5	
Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas.	318	22,5	1098	77,5	

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012. (N=1416)

Uma pesquisa semelhante, realizada no Estado de Goiás em 2015, avaliou 1216 unidades básicas de saúde, e apresentou dados que corroboram com os achados aqui apresentados. Verificou-se que assim como na Paraíba, foram identificadas ausência de boas condições para acesso de pessoas com deficiência em 60,6% das unidades, 77% não possuía piso antiderrapante, 56,3% não possuía rampa de acesso e em 94,4% percebeu-se a inexistência de corrimão (RIBEIRO et al., 2015).

Apesar de a atenção básica ser compreendida como porta de entrada para os demais serviços de saúde por parte dos usuários, pode-se verificar a partir dos dados barreiras que podem se constituir como impeditivos para os mesmos, o que pode por vezes impossibilitar a garantia à acessibilidade àqueles que possuem alguma limitação ou incapacidade física, visual e/ou auditiva. A ausência de condições adequadas geram um risco maior para a ocorrência de quedas e acidentes além de dificultar o acesso dessa população a assistência de saúde (MARTINS et al., 2018).

Quando analisadas as características da acessibilidade interna, verificou-se que 94,8% (n=1342) das unidades não apresentavam banheiros adaptados com vaso mais alto, acessórios como pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais alto, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permitisse a manobra de cadeira de rodas, 95% (n=1345) não apresentavam barras de apoio, 98,7% (n=1398) não possuíam corrimão, 89,5% (n=1298) não apresentavam corredores e portas internos adaptados para cadeira de rodas, 76,6% (n=1084) não possuíam espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção, 95,5% (n=1352) não apresentavam bebedouros adaptados, e 79% (n=1118) não dispunham de cadeira de rodas para deslocamento de usuários (tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da acessibilidade interna a pessoas com deficiência das Unidades Básicas de Saúde, PMAQ-AB, primeiro ciclo. Paraíba, Brasil, 2012.

Variáveis	Sim		Não	
	N	%	N	%
Banheiros adaptados, com vaso mais alto, 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.	74	5,2	1342	94,8
Barras de apoio.	71	5	1345	95
Corrimão.	18	1,3	1398	98,7
Corredores e portas internos adaptados para cadeiras de rodas.	148	10,5	1268	89,5
Portas internas adaptadas para cadeira de rodas.	148	10,5	1268	89,5
Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção.	332	23,4	1084	76,6
Bebedouros adaptados.	64	4,5	1352	95,5
Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário.	298	21	1118	79

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012. (N=1416)

Esse cenário contraria o que é determinado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Manual de Estrutura Física da Unidade Básica de Saúde. Nesse material, identifica-se que, no que diz respeito ao ambiente, são necessários componentes modificadores e qualificadores do espaço, isso requer adaptação para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público,

balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros (BRASIL, 2008).

Um outro estudo realizado no Estado de Pernambuco em 2014, que verificou 2019 unidades básicas de saúde a partir da avaliação externa do PMAQ desenvolvida em 2012, apresentou resultados que se assemelham aos encontrados na Paraíba, o estudo constatou ausência de banheiros adaptados e barras de apoio em 97% das unidades. Além disso, foi identificado que em 98% não havia corrimão e 69% não dispunha de condições para acomodar cadeira de rodas (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Ao analisar a acessibilidade para usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva percebeu-se que 99,6% (n=1411) das unidades não faziam uso de símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva, 94,6% (n=1340) não possuíam sinalização através de textos, desenhos, cores ou figuras que indicassem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados, 99,9% (n=1415) não apresentavam caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo, 100% (n=1416) das unidades não apresentavam nenhum recurso auditivos (sonoro), e 87,2% (n=1235) não possuíam profissionais para o acolhimento desse público (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização 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, Paraíba, Brasil, 2012.

Variáveis	Sim		Não	
	N	%	N	%
Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva.	5	0,4	1411	99,6
Sinalização realizada através de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da Unidade de Saúde e os serviços ofertados.	76	5,4	1340	94,6
Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil).	1	0,1	1415	99,9
Recursos auditivos (sonoro).	0	0	1416	100
Profissionais para acolhimento.	181	12,8	1235	87,2
Outro(s).	0	0	1416	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012. (N=1416)

De acordo com a Norma Brasileira 9050, que dispõe sobre ‘Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos’, é preciso que haja meios de proporcionar acesso a informação de modo que todos os indivíduos compreendam independente de sua limitação. As formas de comunicação e sinalização devem ser realizadas não somente por textos e imagens, mas também, por caracteres em relevo, Braille, figuras em relevo e recursos sonoros, a fim de contemplar as pessoas com deficiência visual e/ou auditiva, e também analfabetos (NBR 9050).

Ao analisar os dados no Estado da Paraíba em relação aos achados no Estado de Pernambuco, evidencia-se que a realidade das unidades básicas de saúde de ambos Estados contradizem o que é preconizado pela NBR 9050. Assim como nos dados demonstrados acima (tabela 4), entre as 2019 unidades avaliadas em Pernambuco, apenas em 1 foi encontrada presença de caracteres em relevo ou Braille e recursos auditivos. Além de ter sido relatado ausência de sinalizações por desenhos, cores ou figuras, configurando um cenário de grande inexistência de acessibilidade para pessoas com deficiência visual e/ou auditiva e população analfabeta (ALBUQUERQUE et al., 2014).

No Estado de Goiás os achados também se assemelham a essas realidades. Foram encontradas ausência de caracteres em relevo e recursos auditivos em 99,8%

das 1216 unidades visitadas e em 92,4% não havia presença de figuras, desenhos ou cores para sinalização (RIBEIRO et al., 2015).

Dados de um estudo realizado em 7 Estados do Brasil em 2009, reafirmam o cenário evidenciado através dos achados da avaliação do PMAQ. Foram analisadas 236 unidades, divididas entre os estados do Rio Grande do Sul (38,6%), Santa Catarina (11,4%), Alagoas (5,9%), Paraíba (7,2%), Pernambuco (24,2%) e Rio Grande do Norte (7,6%). No geral, foi identificado que 66,7% das unidades não apresentavam calçadas em boas condições, em 63% não haviam rampas e 95% não apresentaram corrimão nos corredores (SIQUEIRA et al., 2009).

De acordo com os dados encontrados neste estudo, bem como nas pesquisas supracitadas, evidencia-se que grande parte das unidades básicas de saúde não estão em conformidade com as normatizações para pessoas com deficiência, o que pode ser motivo de preocupação, uma vez que há a presença das barreiras arquitetônicas. O que por sua vez, indica que a esse segmento populacional não está assegurando-se a acessibilidade aos serviços com total autonomia, segurança e bem-estar (SIQUEIRA et al., 2009).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que, a acessibilidade para pessoas com deficiência a atenção básica apresenta fragilidades que necessitam ser resolvidas pois, na análise realizada a partir dos dados do PMAQ verificou-se que a acessibilidade nos serviços de saúde para esse grupo populacional ainda é limitado. O crescente número de pessoas com deficiência e as mobilizações realizadas por essa população, despertou o Ministério da Saúde a abordar a importância da garantia de acessibilidade para todos os usuários. Contudo, apesar de existir leis e políticas voltadas a esse grupo, os direitos previstos não tem sido devidamente ofertados.

São observadas falhas nas estruturas das Unidades Básicas de Saúde do Estado da Paraíba que, apesar de serem consideradas como porta de entrada, as barreiras arquitetônicas e de comunicação podem se tornar um impeditivo para o primeiro contato do usuário com o SUS. É preciso atentar tanto para recursos materiais quanto recursos humanos que possam acolher esse grupamento populacional, que aliados aos recursos disponíveis na unidade possam favorecer a entrada, e dessa forma oportunizar e promover equidade no acesso aos serviços por parte desse grupo.

A acessibilidade compõe a cidadania e é necessário, portanto, que todos os indivíduos tenham seus direitos e deveres preservados igualmente. É possível torná-la eficaz a partir do momento que haja o reconhecimento da diversidade populacional e o empenho em buscar estratégias que assegurem oportunidades e acesso de forma igualitária, possibilitando o alcance aos serviços de saúde bem como espaços e equipamentos com autonomia e segurança.

Diante dos resultados encontrados, fica evidente a necessidade de adequar as Unidades Básicas de Saúde ao que já é preconizado pela NBR 9050 e determinado também por leis e políticas voltadas a esse grupo populacional. Garantir a essas pessoas fácil acesso aos serviços e estimular profissionais e usuários a enxergar a deficiência além do que os olhos podem ver. A partir disso, empenhar-se em elaborar atividades que incentivem as pessoas com deficiência a participar efetivamente fazendo-as perceber que não há distinção entre elas e a sociedade, configurando de fato a inclusão social. Além de ofertar mecanismos que assegurem que, ao buscar assistência à saúde, as suas necessidades sejam devidamente sanadas.

Esse estudo contribui para despertar o interesse de futuras pesquisas voltadas a essa população a fim de avaliar até que ponto as Unidades Básicas de Saúde atendem as necessidades desses indivíduos. Devido as fragilidades evidenciadas, o desenvolvimento de novos estudos pode representar consideráveis avanços para que ações eficazes sejam alcançadas em benefício dessa população.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.S.V et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p.182-194, out. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2 ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. 96p.

BRASIL. **Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

_____. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência-plano viver sem limite. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060/GM, de 5 de junho de 2002**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, Brasília, 2017.

_____. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **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 às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.645, de 02 de Outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 793, de 24 de Abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

GIRONDI, J.B.R; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na Atenção Básica em Saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.378-384, jun. 2011.

MACHADO, W.C.A et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, ago. 2018.

MARTINS, K.P et al. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 1150, 2018.

RIBEIRO, J.P et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, jul./set. 2015.

SIQUEIRA, F.C.V et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.39-44, fev. 2009.

SOUZA, F.R.; PIMENTEL, A.M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 2, p. 229–237, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2^a ed., p.183–206, 2012.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, autor da minha vida e de tudo que acontece nela. Por ter me entregado diretamente de Suas mãos esse presente e por ter me encorajado em todos os momentos, principalmente naqueles que pensei em desistir. Por me confiar essa missão, que muito se assemelha com a de Jesus, e me fazer enxergar que todas as vezes que eu tocar alguém será um pouco dEle que estarei levando. Porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele a glória eternamente!

À minha família por estar sempre ao meu lado, especialmente minha mãe e meus irmãos, Railson e Mikaelle, que sempre foram os meus maiores incentivadores, vó e tia Mocinha que contribuíram e fizeram de tudo por mim desde o ensino fundamental para que eu chegasse até aqui e ao meu namorado Kaique, por todo apoio durante esses 4 anos e meio, por sempre acreditar no meu melhor e me motivar a fazer o mesmo.

Aos meus amigos do "Bronca" que foram, sem dúvidas, o maior presente que ganhei na graduação. Vocês tornaram a caminhada muito mais leve e me mostraram que na Universidade é possível sim encontrar pessoas dispostas a dividir os fardos e somar as conquistas. E a todos os outros amigos que me incentivam e estão sempre dispostos a me ajudar no que for preciso, à Vanessa, Juliana, Beíza e principalmente, Emanuelle que me acompanhou desde o ensino médio, compartilhou do mesmo sonho e me ajudou até o fim.

Ao meu orientador, professor Alex Alves, que fez toda a diferença para minha conclusão e reafirmou em mim a certeza de que toda pessoa que cruza o nosso caminho tem um propósito bem maior do que aquilo que conseguimos enxergar no momento. E a todos os outros professores que foram e são a base dessa conquista, em especial, Fátima Silveira, Cláudia Martiniano, Andrezza Barros e Fabíola Medeiros, que marcaram positivamente na minha formação e muito me inspiram, enquanto seres humanos e enfermeiras, para o novo ciclo que está por vir.

No mais, meu profundo agradecimento a todas as pessoas que direta e indiretamente fizeram parte da minha jornada. Todos, sem exceção alguma, foram indispensáveis. Por fim, mas não menos importante, minha gratidão à Nossa Senhora, por caminhar ao meu lado e interceder sempre por todos os desejos do meu coração. Sigo na certeza de que ela me acompanhará ainda mais daqui pra frente, intercedendo e me guiando para realizar a vontade de Jesus em minha vida, sobretudo agora na minha profissão. Muito obrigada!