

GABRIELA QUINTÃO COUTINHO

**Acessibilidade da população com deficiência locomotora  
nas Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção  
do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Beatriz Monteiro  
de Castro Lisboa

Belo Horizonte

2019

C871a	<p>Coutinho, Gabriela Quintão. Acessibilidade da população com deficiência locomotora nas Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte. / Gabriela Quintão Coutinho. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.</p> <p>62 p.</p> <p>Orientador(a): Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa.</p> <p>Monografia (Especialização) em Saúde Pública.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Acesso às Unidades Básicas de Saúde. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Dificuldade de locomoção. 4. Barreira Arquitetônica. I. Lisboa, Maria Beatriz Monteiro de Castro. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.</p>
-------	---

NLM WA 300

**Gabriela Quintão Coutinho**

**Acessibilidade da população com deficiência locomotora  
nas Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção  
do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 11 de Novembro de 2019

Banca examinadora:

---

Me., Carla Bambirra  
Avaliadora

---

Me., Rodrigo Martins da Costa Machado  
Avaliador

---

Dra. Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa  
Orientadora

---

Belo Horizonte

2019

À minha amada mãe Jô que sempre me deu suporte e confiou nas minhas decisões; mesmo de longe é o meu incentivo diário na busca de crescimento pessoal e profissional.

## AGRADECIMENTOS

À Escola de Saúde Pública, pelo trabalho de excelência que nos oferece possibilitando muito mais que aprendizado, mas uma visão crítica do nosso trabalho e do sistema de saúde como um todo.

Aos professores da ESPMG por todo ensinamento com amor, entusiasmo e dedicação.

À minha orientadora Professora Dra. Maria Beatriz Lisboa pelo direcionamento e orientações me possibilitando um contato e olhar diferenciado às Unidades Básicas de Saúde.

Ao meu tio Zé, por toda a força e amparo que me deu ao longo da minha trajetória de vida.

À minha família por ser amor, suporte e alegria.

Aos meus pacientes que sempre me incentivaram e entenderam meus períodos de ausência.

Ao Léo pelo incentivo, carinho e escuta.

À grande amiga Fabrícia Adriele, por passarmos por esse momento juntas, sempre em parceria e companheirismo.

Às minhas amigas amadas, Ana Paula e Lívia, pelo suporte, pela amizade e pelos momentos de alegria e parceria.

À amiga Ana Flávia pela parceria e amor.

À Camila Ribeiro, amiga de todas as horas, quem eu sempre posso confiar e contar.

À Carla Bambirra por todo acolhimento, pela doçura, pelo incentivo e pelas orientações.

À Luiza Lignani pelo apoio e liberação para realização da especialização.

À minha equipe de trabalho, da Terapia Ocupacional, pelo incentivo, respeito, apoio, amizade, suporte e carinho.

Aos colegas do CER IV pelos momentos de descontração e apoio.

Aos colegas da especialização pelos aprendizados e momentos partilhados.

Nunca deixe que lhe digam que não vale à pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo ou que você nunca vai ser alguém (...) Confie em si mesmo, quem acredita sempre alcança.

VENTURINI; RUSSO, 1986

## RESUMO

**Introdução:** no Brasil, a saúde é garantida por lei a todos os cidadãos, sendo dever do Estado a promoção do acesso universal à saúde, sem exclusão de nenhuma parcela da população. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui fundamental importância para a garantia do acesso universal à saúde, através da sua rede de atenção. O nível primário de atenção deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários ao SUS, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a estratégia prioritária de atenção à saúde, responsável por receber a população adscrita, na ausência da ESF, os usuários são atendidos pela equipe da atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde. **Objetivos:** baseado no pressuposto de que todos os cidadãos devem ter oportunidades iguais de acesso à saúde, incluindo as pessoas com dificuldade de locomoção, este estudo objetivou identificar a estrutura de acesso às Unidades Básicas de Saúde como forma de verificar o cumprimento das normatizações de acessibilidade vigentes à porta de entrada do SUS e mapear as barreiras arquitetônicas existentes nas 16 UBS da regional Noroeste de Belo Horizonte. **Metodologia:** estudo descritivo e exploratório, com aplicação de *Checklist* baseado na NBR 9050. A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2019. **Resultados:** foi observado que todos os assentos e a altura e largura dos degraus de escadas fixas estão dentro do previsto pela Norma Brasileira de acessibilidade. Contudo encontram-se barreiras no que tange às demais variáveis pesquisadas: ausência de rebaixamento da calçada em 37,5%, piso irregular em 31,25%, ausência de corrimão em 37,5%, porta de entrada com vão livre inferior a 0,80m em 12,5%, ausência de sinalização visual na borda do degrau em 31,25%, ausência de prolongamento de 0,30 m do corrimão em 43,75%, altura inadequada do corrimão em 50%, ausência de corrimão instalados em ambos os lados em 18,75%, corredor que não possui o mínimo de 1,20 m de largura em 18,75%, porta do consultório que não possui largura mínima de 0,80 m em 50%, maçanetas das portas do consultório que não são tipo alavanca em 43,75%, balcões de atendimento em 87,5% e bebedouros em 50% com altura superior a preconizada, ausência de banheiro específico para PcD em 93,75%, porta do banheiro com vão livre inferior a 0,80 m e vaso sanitário com altura inadequada em 56,25% e barra horizontal da instalação sanitária com altura que não segue a norma em 87,5% dos prédios pesquisados. **Conclusão:** a presença das barreiras físicas encontradas pode impedir o livre acesso à população usuária das UBS do Distrito Sanitário Noroeste, em especial às pessoas com dificuldade de locomoção, o que não cumpre com a

garantia de acesso universal e com a equidade em saúde, garantidos em lei, fazendo com que as Pessoas com Deficiência (PcD) sejam excluídas do acesso à saúde, podendo comprometer a qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Acesso às Unidades Básicas de Saúde; Pessoas com Deficiência; Dificuldade de locomoção; Barreira Arquitetônica

## ABSTRACT

**Introduction:** in Brazil, health is guaranteed by law to all citizens, and it is the duty of the state to promote universal access to health, without excluding any part of the population. The Unified Health System is of fundamental importance for ensuring access universal health through its care network. The primary level of care should be the preferred gateway for users to Unified Health System, and the Family Health Strategy is the priority health care strategy, responsible for receiving the assigned population, in the absence of the Family Health Strategy, users are attended by the primary care team in the Basic Health Units. **Objectives:** based on the assumption that all citizens should have equal opportunities for access to health, including those with limited mobility, this study aimed to identify the structure of access to Basic Health Units as a way to verify compliance with accessibility in the Unified Health System gateway and map the architectural barriers in the 16 Basic Health Units of the Northwest Regional of Belo Horizonte. **Methodology:** descriptive and exploratory study with application of Checklist based on NBR 9050. Data collection occurred in June 2019. **Results:** it was observed that all seats and the height and width of the fixed stair steps are within the requirements of the Brazilian accessibility standard. However, there are barriers with respect to the other variables studied: no sidewalk lowering by 37.5%, irregular floor at 31.25%, no handrail at 37.5%, front door width less than 0,80m at 12.5%, no visual signaling at step edge at 31.25%, no 0,30m prolongation of handrail at 43.75%, inadequate handrail height at 50%, no handrails installed at 18.75% on both sides, corridor not having a minimum width of 1,20m at 18.75%, clinic door not having a minimum width of 0,80m at 50%, door handles non-lever in the clinic door at 43.75%, 87.5% service desk and 50% drinking fountains higher height, no toilet specific for Person with Disabilities in 93.75%, width less of bathroom door than 0,80m and inadequate height sanitary bowl in 56.25% and horizontal bar of the toilet with height not following and the norm in 87.5% of the surveyed buildings. **Conclusion:** the presence of the physical barriers encountered may impede free access to the population of the Northwest Sanitary District's Basic Health Units users, especially those with limited mobility, which does not comply with the guarantee of universal access and health equity, guaranteed by law, making Person with Disabilities excluded from access to health and may implicate the quality of life of this population.

Key words: Access to health basic units; Person with Disabilities; Limited mobility; Architectural barrier

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Localização dos Distritos Sanitários do Município de Belo Horizonte. Minas Gerais, 2019.....	19
Gráfico 1 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo as condições de acesso ao prédio e ao interior do prédio. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.....	35
Figura 2 Acesso à UBS sem rebaixamento e com rebaixamento da calçada. ....	36
Figura 3 Portas de acesso ao interior do prédio de duas UBS.....	36
Figura 4 Acesso ao prédio de uma Unidade Básica de Saúde.....	37
Figura 5 Elevador para acesso de PcD .....	38
Gráfico 2 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo as características das escadas. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.....	38
Figura 6 Escada sem sinalização visual na borda dos degraus.....	39
Gráfico 3 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características do corrimão. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.....	40
Figura 7 Escada com corrimão .....	41
Figura 8 Rampa com corrimão .....	41
Gráfico 4 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características do corredor e da porta do consultório. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.....	42
Figura 9 Barreira Física em corredor de circulação para acesso aos consultórios .....	42
Figura 10 Portas de consultório de duas UBSs .....	43
Gráfico 5 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características dos mobiliários. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019. ....	43
Figura 11 Balcão de atendimento .....	44
Figura 12 Assentos da sala de espera .....	44
Figura 13 Bebedouro .....	45
Gráfico 6 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características da instalação sanitária. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019. ....	45
Figura 14 Porta do banheiro com largura inferior a 0,80 m .....	46
Figura 15 Banheiro adaptado para PcD.....	46

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Condições de acesso às edificações das Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019. ....	33
Tabela 2. Características do degrau, corrimão, corredor, porta do consultório, mobiliários e instalação sanitária das Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- APS – Atenção Primária em Saúde
- CEP – Comissão de Ética e Pesquisa
- EAB – Equipe da Atenção Básica
- ESF – Estratégia da Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- NBR – Norma Brasileira
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PcD – Pessoas com Deficiência
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

## LISTA DE SÍMBOLOS

m - Metros

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	20
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
	<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	21
	<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	21
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
	<b>4.1 Distrito Sanitário</b> .....	22
	<b>4.2 Atenção Primária em Saúde</b> .....	23
	4.2.1 Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família.....	24
	<b>4.4 Acessibilidade</b> .....	26
	4.4.1.Barreiras Arquitetônicas.....	27
	<b>4.5 Acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde para Pessoas com Deficiência Locomotora</b> .....	28
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	31
	<b>5.1 Delineamento do estudo</b> .....	31
	<b>5.2 Cenário da Pesquisa</b> .....	31
	<b>5.3 Procedimento e instrumentos para coleta de dados</b> .....	31
	<b>5.4 Consolidação dos dados</b> .....	32
	<b>5.5 Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)</b> .....	32
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	33
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	47
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
	<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	52
	<b>ANEXOS</b> .....	58
	Anexo 1 Cronograma da Pesquisa.....	58

Anexo 2 Termo de Anuência.....	59
Anexo 3 Liberação para não submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.....	60
Anexo 4 Checklist .....	61

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 estabelece que:

... a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 1).

O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm garantias universais à saúde (FALEIROS, 2006).

Para lograr este objetivo, em 1990, foi publicada a Lei 8.080 (BRASIL, 1990) criando o Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade firmados na própria Constituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A universalidade garante o acesso a todas as pessoas sem distinção; a integralidade pensada como um conjunto de ações articuladas em todos os níveis de complexidade do sistema e, a equidade propõe tratamento diferenciado a cada indivíduo de acordo com sua necessidade (BRASIL, 1990).

Mendonça (2018) reforça, apontando que para alcançar a integralidade na atenção e a equidade no acesso, as ações e serviços de saúde do SUS devem ser organizados em rede regionalizada e hierarquizada.

A materialidade de uma rede de atenção à saúde, constituída de ações e serviços, é desenvolvida nos diferentes níveis de atenção a saber: nível primário, secundário e terciário.

O nível primário norteado pelas diretrizes da atenção primária desempenha papel central na organização do fluxo assistencial em uma rede de saúde, orientando-se, dentre outros princípios, pela responsabilização, humanização, vínculo, e acessibilidade ao sistema (BRASIL, 2004<sup>a</sup>).

No que tange a acessibilidade, Turci (2008) ressalta que inúmeros fatores podem tanto viabilizar como impedir a entrada do usuário no serviço, como por exemplo: questões físicas, culturais, administração da organização dos serviços e, características da oferta. Travassos (2004) destaca que a acessibilidade aos serviços de saúde, incluindo a atenção primária, possui relação direta com a consolidação dos princípios do SUS.

Necessário ressaltar que os termos acessibilidade e acesso, muitas vezes empregados de forma imprecisa, são conceitos complexos que variam entre os estudiosos do tema (MENDES *et al*, 2012; TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Segundo Starfield (2002) *a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços* (STARFIELD, 2002, p.225). Já o acesso é definido como a entrada inicial nos serviços de saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Especificamente em relação às pessoas com deficiência (PcD) a acessibilidade foi regulamentada pelos dispositivos legais: Decreto nº 3.298/99 que dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; Lei nº 10.098/2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e, pela Norma Brasileira (NBR) 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que define os critérios e parâmetros para instalação de equipamentos e adaptação de espaços urbanos de forma a se tornarem acessíveis para todas as pessoas.

O Decreto nº 3.298/99 apresenta no artigo 7º os objetivos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, definidos em cinco artigos:

I - o acesso, o ingresso e a permanência da pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade;

II - integração das ações dos órgãos e das entidades públicos e privados nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, esporte e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social;

III - desenvolvimento de programas setoriais destinados ao atendimento das necessidades especiais da pessoa portadora de deficiência;

IV - formação de recursos humanos para atendimento da pessoa portadora de deficiência; e

V - garantia da efetividade dos programas de prevenção, de atendimento especializado e de inclusão social (BRASIL, 1999, p. 3)

A NBR 9050 conceitua que para ser acessível, o espaço, a edificação e mobiliário devem permitir o alcance, utilização e vivência por todas as pessoas proporcionando autonomia para o uso independente e seguro do ambiente (ABNT, 2015). De acordo com França (2010), a NBR 9050 fixa as condições e os padrões de medidas exigíveis para propiciar as melhores e mais adequadas condições de acesso às vias públicas e ao mobiliário urbano.

As pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida devem estar em interação constante com seu meio sociocultural. Quanto mais essa população estiver num ambiente que lhe restrinja a mobilidade e a acessibilidade aos serviços, maior a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a uma situação de desvantagem (AMARAL, 2012, p. 1834).

Comumente pessoas com deficiência enfrentam dificuldades para se locomover. Utilizando meios auxiliares de locomoção como bengalas e cadeiras de rodas se deparam com barreiras arquitetônicas que os impedem de circular nos espaços sociais. Por outro lado, a ausência de rampas, de corrimão, portas estreitas, balcões de atendimento e bebedouros com altura superior à normatização vigente são elementos limitantes presentes no espaço e mobiliário urbano.

Assim, para que esta população tenha acesso aos serviços de saúde torna-se necessário e fundamental garantir a acessibilidade física nas Unidades Básicas de Saúde. E estas, devem dispor de meios estruturais, seja com a construção de uma infraestrutura possibilitando o acesso segundo as regulamentações da NBR 9050 ou, com adaptações ambientais que possam garantir a autonomia e circulação nesses espaços públicos, assegurando a universalidade e a equidade, princípios fundantes do SUS.

Neste cenário, esta pesquisa objetiva mapear as condições de acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida nas dezesseis (16) Unidades Básicas de Saúde, que integram o Distrito Sanitário da Regional Noroeste em Belo Horizonte, verificando o cumprimento das normatizações de acessibilidade e as barreiras arquitetônicas que, podem dificultar o acesso da população com deficiência locomotora à estrutura interna das Unidades.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Considerando o número expressivo de Pessoas com Deficiência (PcD) segundo o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010 (IBGE, 2010) e, a Atenção Primária em Saúde (APS) como a porta de entrada à atenção e ao cuidado em saúde no SUS, fez-se necessário avaliar a infraestrutura das UBS, uma vez que a estrutura física pode propiciar ou impedir a entrada do usuário na rede de saúde.

Às PcD é garantido o cumprimento das normas de acessibilidade que garantam o livre acesso aos serviços de saúde, assim como a utilização dos mobiliários de forma autônoma e independente. Porém, ainda, são escassos os trabalhos que abordam a avaliação da estrutura física interna e dos mobiliários das UBS.

Dessa forma, foi percebida a necessidade de investigar os problemas enfrentados pelas PcD física no que tange ao acesso ao serviço de saúde.

Destarte que pesquisar a acessibilidade das PcD física configura um importante instrumento para a garantia do acesso universal à saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

- Mapear as condições de acessibilidade das pessoas com deficiência locomotora nas dezesseis (16) Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste da Regional Noroeste de Belo Horizonte em relação à dimensão arquitetônica.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Verificar o cumprimento das normatizações de acessibilidade da infraestrutura das UBS;
- Verificar o cumprimento das normatizações vigentes referente ao mobiliário das UBS;
- Identificar as barreiras arquitetônicas que as pessoas com deficiência locomotora podem enfrentar na estrutura interna das UBS

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. Distrito Sanitário**

O Distrito Sanitário resulta de mandamento legal contido no art. 10 da Lei n. 8080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços (MENDES, 1995).

Artigo 10º, parágrafo 2º:

No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990, p.4).

A divisão em distritos sanitários teve como objetivo o reordenamento dos serviços de saúde em nível local, servindo como base organizacional e operativa do Sistema Único de Saúde. Nesta estrutura possibilita o fortalecimento de trajetórias que tenham como resultado a construção de um modelo assistencial territorializado, integrado, equânime, descentralizado e participativo (MENDES, 1995).

Para Gondim (2008), o distrito sanitário é uma área territorial definida geograficamente composta por uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Esta delimitação geográfica define as áreas de abrangência das equipes de saúde, dos serviços e ações à população adscrita (BASTOS, 2015).

No campo da saúde pública o desenho organizacional atual do município, segundo a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), contempla nove distritos sanitários, definidos por um espaço geográfico, populacional e administrativo: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (PBH, 2019).

A Figura 1 apresenta a localização dos Distritos Sanitários em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019:

**Figura 1 Localização dos Distritos Sanitários do Município de Belo Horizonte. Minas Gerais, 2019**



Fonte: PBH (2019)

Cada distrito sanitário dispõe de 15 a 20 unidades de saúde, entre unidades básicas e unidades secundárias (PBH, 2019).

Este estudo se concentrará nas UBSs localizadas no Distrito Sanitário Noroeste.

#### **4.2. Atenção Primária em Saúde**

Como relatado anteriormente, o modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Assim, um modelo centrado em níveis de complexidade dos serviços deverá ser estruturado a partir da atenção primária, porta de entrada no sistema (MENDONÇA, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a APS é:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 1.)

A atenção primária em saúde (APS) é parte estruturante e indissociável do SUS seguindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Neste sentido, para sua operacionalização, alia-se às diretrizes, dentre outras, como: territorialização,

população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

Segundo Gondim (2008), o reconhecimento do território configura um passo básico para a caracterização da população adscrita e, seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

A APS corresponde a porta de entrada no SUS. Incorporando a abordagem integral do indivíduo, possui como uma de suas competências a coordenação do cuidado de forma contínua ao longo do tempo considerando os fluxos assistenciais existentes (BRASIL, 2017; MENDONÇA, 2018).

A APS sustenta-se no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família e pelas Unidades Básicas de Saúde.

#### **4.2.1. Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família**

As Unidades Básicas de Saúde são todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços à atenção primária responsáveis por receber o usuário e, localizadas próximas onde as pessoas residem. As UBS desempenham um papel central na garantia de acesso à saúde (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por uma equipe multiprofissional com base territorial, abordagem de cuidado individual e coletivo, representa a primeira referência da comunidade no acesso as informações e serviços de saúde (NASCIMENTO, 2012).

A equipe da ESF deve ser abrigada, preferencialmente, em uma UBS podendo haver adaptações em outras unidades desde que sejam obedecidos os critérios de referência territorial e facilidade de acesso da população (BRASIL, 2000). Na ausência da ESF, o primeiro contato da população deverá ser realizado preferencialmente pela Equipe da Atenção Básica (EAB) nas UBS.

#### **4.3. Pessoas Com Deficiência**

O Relatório sobre a Deficiência publicado pela Organização Mundial de Saúde menciona que *deficiência faz parte da condição humana e que quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas* (OMS, 2012, p. 3). Considerando o envelhecimento populacional e, sua relação direta

com a deficiência, a proporção de pessoas com algum tipo de fragilidade ao longo do tempo tenderá aumentar (CASTRO, 2011; GIRONDI, 2011; AMARAL e MOTTA, 2012).

A mesma OMS relata que um bilhão de pessoas no mundo possui algum tipo de deficiência (OMS, 2001).

No Brasil, a Lei 13.146 de 2015, em seu artigo 2º, define pessoa com deficiência:

... aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015, p. 1).

As categorias em que se enquadram as pessoas com deficiência (PcD) são reafirmadas no Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004 em seu capítulo II, parágrafo 1º, que conceitua deficiência física como:

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 (BRASIL, 2004, p. 1).

Para Matias (2017), a deficiência física é considerada um distúrbio da estrutura anatômica ou da função que interfere na movimentação e/ou locomoção do indivíduo. A Lei 13.146, em seu artigo 3º, complementa ao afirmar que pessoa com mobilidade reduzida é aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção (BRASIL, 2015, p.1).

Importante ressaltar que o Censo de 2010 (IBGE, 2010) identificou o percentual de 23,9% da população brasileira com algum tipo de deficiência, sendo o maior percentual residente em áreas urbanas (OLIVEIRA, 2012). Ainda de acordo com o Censo a deficiência motora foi identificada em 7% da população (IBGE, 2010).

O Relatório Mundial sobre Deficiência aponta que a deficiência resulta da interação entre PcD e barreiras comportamentais e ambientais que impedem a participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária. A interação dos fatores ambientais com as estruturas e funções do corpo podem resultar em uma incapacidade do indivíduo em realizar e participar de atividades do cotidiano (OMS, 2003).

Cruz (2015) afirma que a sociedade não atende de forma integral às necessidades dos indivíduos, dificultando a prática da inclusão, da acessibilidade, exacerbando o estado de deficiência, levando a imposição de barreiras e de exclusão social.

#### **4.4. Acessibilidade**

No que tange as Pessoas com Deficiência (PcD) o conceito de acessibilidade apresenta-se intrinsecamente ligado ao direito constitucional de ir e vir, sendo essencial para que se cumpra os demais direitos às PcD.

A Lei 13.146 de 2015, em seu artigo 3º, considera acessibilidade como:

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015, p.1).

Sasaki (2009) conceitua a acessibilidade em seis dimensões:

- 1) Arquitetônica – acesso fácil aos espaços físicos, com ausência de barreiras físicas;
- 2) Comunicacional – total acessibilidade nas relações interpessoais, sem barreiras na comunicação entre pessoas;
- 3) Metodológica – adequação dos métodos e técnicas a quais o indivíduo será submetido, como utilização de material didático adequado às necessidades de cada indivíduo, ausência de barreiras nos métodos e técnicas de lazer, trabalho, saúde, etc.;
- 4) Instrumental – adequação dos equipamentos e ferramentas que o indivíduo poderá utilizar, sem barreiras nos instrumentos, ferramentas, entre outros;
- 5) Programática – revisão de todas as leis, portarias e normas, sem barreiras embutidas em políticas públicas, legislações, normas, etc.;
- 6) Atitudinal – eliminação de preconceitos e paradigmas, ausência de discriminação nos comportamentos da sociedade.

A acessibilidade arquitetônica deve proporcionar ao indivíduo condições de ir e vir com total independência, permitindo a entrada e as condições mínimas para a utilização dos espaços e mobiliários urbanos, sobretudo os referentes à utilidade pública (Teodolino, 2006). Para Bittencourt (2004), um espaço acessível é capaz de oferecer oportunidades igualitárias a todos os seus usuários.

Silva (2015) e Azevedo (2015) apontam que a acessibilidade constitui um princípio dos direitos humanos, configurando um dos fundamentos principais para o pleno exercício da cidadania.

Marques (2018) corrobora afirmando que condições inadequadas em locais públicos ou privados, impedem o exercício da cidadania ao impor dificuldade para o deslocamento livre das PcD.

No Brasil, segundo Silva (2015), a acessibilidade ainda encontra-se restrita dificultando as PcD de exercerem seu direito à educação, à saúde e ao trabalho.

Assim, pode-se inferir que um ambiente acessível é capaz de promover cidadania, a participação social, com a garantia do acesso aos bens e serviços de forma independente e autônoma, resultando em qualidade de vida.

#### **4.4.1. Barreiras Arquitetônicas**

Barreira arquitetônica é toda barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações que impedem o direito de deslocar-se livremente, como por exemplo: presença de escadas, degraus altos e banheiros não adaptados (SIQUEIRA, 2009).

De acordo com a Lei 13.146 de 2015, barreiras são:

Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança (BRASIL, 2015, p. 1).

A mesma lei, em seu artigo 3º, divide as barreiras em:

- 1) barreiras urbanísticas: se encontram nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;
- 2) barreiras arquitetônicas: existentes nos edifícios públicos e privados;
- 3) barreiras nos transportes: existentes nos sistemas e meios de transportes;
- 4) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;
- 5) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

- 6) barreiras tecnológicas: aquelas que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias (BRASIL, 2015, p. 2).

Para Nascimento (2012) os ambientes possuem barreiras visíveis e invisíveis. As primeiras são impedimentos concretos, como a falta de acessibilidade aos espaços. As invisíveis referem-se à forma como a sociedade enxerga a população com deficiência, muitas vezes representadas pela sua deficiência e não por suas potencialidades.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS reforça que há uma interação dinâmica entre funcionalidade e incapacidade de uma pessoa e os fatores ambientais, podendo este ser um facilitador ou limitador da participação do indivíduo (OMS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (2012) relata que ambientes inacessíveis “criam” deficiência ao promoverem barreiras à participação e inclusão de uma determinada população. Cita, ainda, que diversos autores vêm identificando a contribuição das barreiras físicas e sociais para a conceituação de deficiência. O impacto negativo do ambiente pode ser exemplificado quando há presença de um usuário de cadeira de rodas em um prédio sem banheiro ou elevador acessíveis.

#### **4.5. Acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde para Pessoas com Deficiência Locomotora**

Acessibilidade a serviços de saúde refere-se às características destes que permitem que sejam facilmente utilizados pelos usuários (OLIVEIRA, 2012). Um ambiente acessível possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, não sendo uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de atenção devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque esta é a porta de entrada do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

O Artigo 7º da PNAB refere que uma das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo é:

Garantir infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes (BRASIL, 2017, p.2).

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em seu Manual de Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde apresenta as recomendações e os elementos que devem ser avaliados para se cumprir as normas vigentes de acessibilidade, a Norma

Brasileira 9050 (NBR 9050), tanto no entorno como nas áreas externas e internas das edificações das UBSs tornando-as acessíveis:

1) Área externa:

- Circulação de pedestres e rotas acessíveis: permitem o trânsito entre o transporte público, as edificações e os espaços de interesse, para que as pessoas desenvolvam a sua vida diária com independência;

- Calçadas: devem apresentar piso liso e antiderrapante, construídas sem desnível, livre de barreiras e completamente desobstruídas;

- Semáforos: equipados com mecanismos que emitam sinal sonoro, quando instalados em vias públicas com grande concentração de passagem de pessoas com deficiência visual;

- Plataforma de embarque e desembarque/ Abrigos de ônibus: todos devem ser acessíveis para as Pessoas com Deficiência (PcD) e mobilidade reduzida;

- Estacionamento para veículos: devem ser implantadas vagas especiais para veículos de PcD ou mobilidade reduzida;

- Mobiliário urbano: concebido de forma a garantir a aproximação, utilização, compreensão e alcance por todas as pessoas. Incluem-se telefones, lixeiras, entre outros;

- Acesso de veículos aos lotes: é proibido o rebaixamento da largura total da calçada.

2) Área Interna:

- Circulação horizontal e acessos: nas edificações e equipamentos urbanos todas as entradas devem ser acessíveis;

- Circulação vertical – escadas e rampa: degraus e escadas fixas devem estar associados à rampa ou a equipamento de transporte vertical;

- Sanitários: devem possuir uma cabine para cada sexo, com entrada independente dos sanitários coletivos;

- Auditórios: devem possuir espaços reservados às pessoas com deficiência;

- Mobiliário interno: móveis, bebedouros, guichês, balcões de atendimento, entre outros, devem ser acessíveis, garantindo-se as áreas de aproximação e manobra e as faixas de alcance manual.

No entanto, o que se destaca são algumas UBS como espaços adaptados, gerando estruturas espaciais inadequadas para as Pessoas com Deficiência (PcD), não se enquadrando nas normatizações da NBR 9050. Mesmo as construções mais recentes são

alvos de reclamações dos usuários, por apresentarem condições insatisfatórias impedindo o livre acesso (SIQUEIRA, 2009).

Vicente (2015) e Martins (2008) destacam que embora o Brasil tenha avançado no que tange a legislação de proteção e defesa das PcD, o cumprimento das normas de acessibilidade esbarra na inexistência de recursos financeiros específicos, uma vez que Estados e municípios não dispõem de orçamento suficiente para adaptar todos os prédios e espaços públicos.

Bittencourt (2004) enfatiza que, trata-se de uma tarefa árdua para os arquitetos a adaptação dos espaços já existentes de forma a cumprir as normas de acessibilidade. O mesmo autor salienta a importância de criar os espaços adaptados na concepção do projeto arquitetônico, facilitando o cumprimento das normas de acessibilidade e reduzindo o gasto financeiro.

Por outro lado, Azevedo (2015) e Marques (2018) apontam a escassez de estudos sobre a acessibilidade física nas UBSs. Ainda que a maioria dos estudos existentes evidencia a presença de barreiras arquitetônicas, levando a dificuldade de acesso por parte das PcD.

Em recente pesquisa bibliográfica estudos de Vasconcelos (2006), Castro (2011), Nascimento (2012), Albuquerque (2014), Martins (2016) e Marques (2018) constataram barreiras arquitetônicas nos prédios da APS no que tange o acesso ao interior dos prédios, mobiliários e instalações sanitárias. Para Oliveira (2012) a persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços de saúde gera injustiça social por apresentar oportunidades diferenciadas entre os grupos sociais na obtenção do cuidado em saúde. Lagu (2014) acrescenta que alguns indivíduos não procuram os serviços de saúde devido à impossibilidade de entrar nos prédios.

Castro (2011) reforça que se a acessibilidade aos serviços de saúde não for adequadamente trabalhada poderá inviabilizar o acesso das Pessoas com Deficiência.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Delineamento do estudo**

Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa.

### **5.2. Cenário da Pesquisa**

A Regional Noroeste é composta por 52 bairros, comporta 10,7% da população do município de Belo Horizonte, 268.038 mil habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em 87.741 domicílios. Encontra-se coberta por dezesseis (16) UBS localizadas nos bairros correspondentes, onde a pesquisa foi realizada a saber: Bom Jesus, Califórnia, Carlos Prates, Dom Bosco, Dom Cabral, Elza Martins da Cruz, Ermelinda, Glória, Jardim Filadélfia, Jardim Montanhês, João Pinheiro, Padre Eustáquio, Pedreira Prado Lopes, Pindorama, Santos Anjos, São Cristóvão (PBH, 2019).

### **5.3. Procedimento e instrumentos para coleta de dados**

Anteriormente o projeto de pesquisa foi encaminhado a Gerência de Educação em Saúde da PBH para avaliação e liberação do Termo de Anuência Institucional. De posse do Termo de Anuência, a Diretoria da Regional Noroeste, junto com os gerentes das UBS, foi comunicada sobre a liberação da pesquisa. Após, solicitou-se aos gerentes a definição dos melhores dias e horários para a realização do trabalho de campo.

Com a liberação iniciou-se a coleta de dados ao longo do mês de Junho de 2019.

O *checklist* (anexo 4) utilizado foi construído tendo como referência a NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) contendo: discriminação sobre as condições de acesso ideais para a mobilidade das pessoas com deficiência física; roteiro para observação “*in loco*”.

Para as medições realizadas utilizou-se fita métrica graduada em centímetros aliado a registros fotográficos de todo o trabalho.

Especificamente em relação a NBR 9050 foram avaliados: acesso às Unidades por rebaixamento do meio fio; característica do piso; acesso ao interior do prédio por rampas, escadas e elevadores; existência de corrimão; largura das portas de entrada das UBS; largura da porta de entrada ao consultório, característica da maçaneta da porta do consultório, largura do corredor de acesso aos consultórios; características dos balcões de atendimento, dos assentos, dos bebedouros e das instalações sanitárias.

#### **5.4. Consolidação dos dados**

A consolidação dos dados contemplou categorização dos tipos de acesso em variáveis: condições de acesso ao prédio e ao interior do prédio; características das escadas; características do corrimão; corredor e portas de acesso ao consultório; mobiliários e instalações sanitárias.

#### **5.5. Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)**

Essa pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa por não envolver seres humanos, direta ou indiretamente.

## 6. RESULTADOS

A aplicação do *checklist* possibilitou mapear as condições gerais de acesso nas UBS da regional Noroeste em relação à dimensão arquitetônica.

Optou-se por apresentar primeiramente duas tabelas gerais separadas em categorias, subdivididas em itens, a qual apresentarão respectivamente as condições de acesso e as características do degrau de escada fixa, corrimão, corredor, porta do consultório, mobiliários e instalação sanitária das Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte.

**Tabela 1. Condições de acesso às edificações das Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**

Categoria “Acesso”	Existência			
	Presente	%	Ausente	%
Rebaixamento da calçada	10	62,5	06	37,5
Mais de um pavimento	06	37,5	10	62,5
Piso de superfície regular e estável	11	68,75	05	31,25
Rampa de acesso para PcD	12	75	04	25
Escada fixa	07	43,75	09	56,25
Porta de entrada com vão livre de 0,80 m	14	87,5	02	12,5
Corrimão	10	62,5	06	37,5
Elevador	03	18,7	13	81,25

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

**Tabela 2. Características do degrau, corrimão, corredor, porta do consultório, mobiliários e instalação sanitária das Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**

	Adequado (N)	Inadequado (N)	Não se aplica (N)	% Adequado
<b>Categoria “Degrau escada fixa”</b>				
Degrau com largura mínima de 0,25 m e máxima de 0,32 m	07	00	09	43,75
Degrau com altura mínima de 0,16 m e máxima de 0,18 m	07	00	09	43,75
Sinalização visual na borda dos degraus	02	05	09	12,5

### Categoria “Corrimão”

(continua)

(continuação)

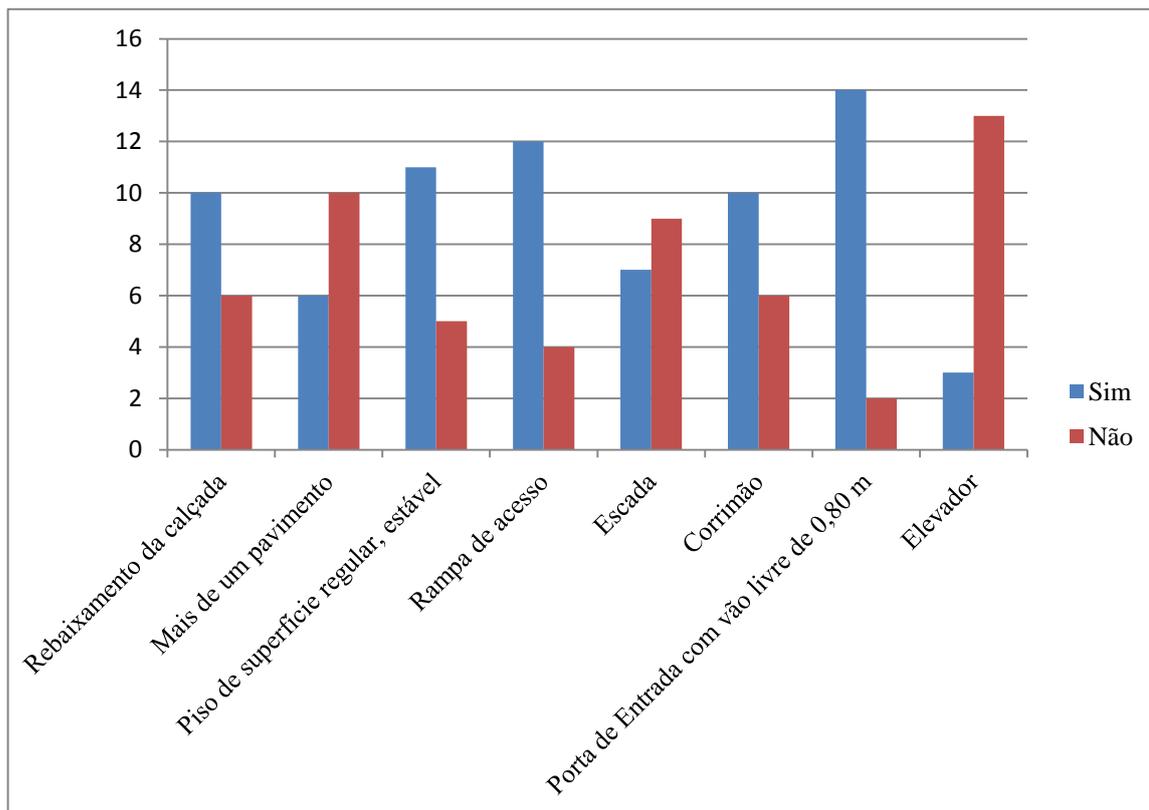
	Adequado (N)	Inadequado (N)	Não se aplica(N)	% Adequado
Corrimão com material rígido	10	00	06	62,5
Corrimão firmemente fixado à parede	10	00	06	62,5
Corrimão com acabamento recurvado	10	00	06	62,5
Corrimão instalado em ambos os lados da escada ou da rampa	07	03	06	43,75
Corrimão com altura de 0,70 m e com altura de 0,92 m do piso	02	08	06	12,5
Corrimão afastado no mínimo 0,40 m da parede	10	00	06	62,5
Corrimão prolonga-se por pelo menos 0,30 m após	03	07	06	18,75
Corredor com no mínimo 1,20 m de largura	13	03	00	81,25
Porta do consultório com vão livre mínimo de 0,80 m	08	08	00	50
Maçaneta da porta do consultório tipo alavanca	09	07	00	56,25
<b>Categoria “Mobiliário”</b>				
Balcões de atendimento com altura máxima de 0,80 m do piso	02	14	00	12,5
Assentos com altura entre 0,40 m e 0,45 m do piso	16	00	00	100
Bebedouros instalados a 0,80 m do piso	08	08	00	50
<b>Categoria “Instalação Sanitária”</b>				
Banheiro específico para deficiente físico, com entrada independente dos sanitários coletivos	01	15	00	6,25
Porta com vão livre de no mínimo 0,80 m	07	09	00	43,75
Bacia Sanitária a 0,46 m do piso	07	09	00	43,75
Barra horizontal a 0,40 m da parede e 0,92 m do piso	02	14	00	12,5

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Para melhor clareza dos resultados, optou-se por apresentá-los por meio de gráficos, divididos em seis seções.

Para visualização dos itens pesquisados, serão apresentados registros fotográficos realizados durante a coleta de dados.

**Gráfico 1 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo as condições de acesso ao prédio e ao interior do prédio. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

No Gráfico 1, verifica-se que 10 UBS (62,5%) possuem rebaixamento da calçada possibilitando a entrada de usuários cadeirantes. Em observação sistemática foi possível averiguar que em alguns prédios, o acesso desses usuários pode ser realizado através da entrada para o estacionamento das UBSs e em algumas, não há nenhum tipo de rebaixamento próximo. Portanto, inacessível a entrada no prédio como visualizado na Figura 2 abaixo:

**Figura 2 Acesso à UBS sem rebaixamento e com rebaixamento da calçada.**



Fonte: Fotografia da autora (2019).

No que concerne à entrada ao prédio, 02 unidades (12,5%) não possuem porta com largura mínima de 0,80 m. A figura abaixo apresenta uma UBS com largura mínima da porta de entrada seguindo a normatização vigente e outra com a porta de entrada que não se enquadra nas normas técnicas, tendo ao lado o portão para acesso ao estacionamento, o qual pode ser utilizado caso haja necessidade de uma pessoa com dificuldade de locomoção necessitar de uma porta com a largura mínima de 0,80m.

**Figura 3 Portas de acesso ao interior do prédio de duas UBS.**



Fonte: Fotografia da autora (2019).

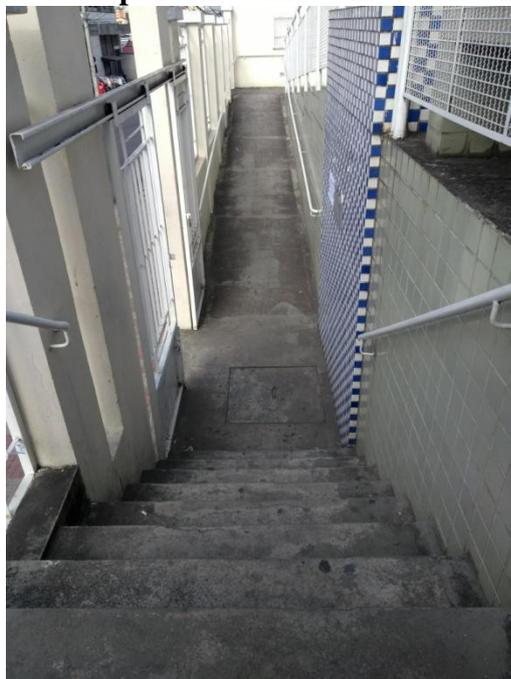
Das 16 UBS visitadas, 06 (37,5%) possuem mais de um pavimento, fato que leva à necessidade de rampa, escada ou elevador para garantir o acesso dos usuários a todos os

andares existentes. A NBR 9050 considera rampa inclinação superior a 5% e, verificou-se 12 UBSs (75%) com rampa segundo a norma vigente.

Quatro UBS (16%) apresentam acesso horizontalizado, sem inclinação que caracterize como rampa.

Referente ao acesso através de escada, 07 as UBSs visitadas apresentam escada, correspondendo a 43,75% das unidades pesquisadas. Segundo a NBR 9050, considera-se escada uma sequência de três degraus ou mais. Recomenda-se que os prédios públicos que têm acesso por rampa também tenham acesso por escada. Na Figura 4, abaixo, uma UBS que possui acesso tanto através de rampa quanto de escada.

**Figura 4 Acesso ao prédio de uma Unidade Básica de Saúde**



Fonte: Fotografia da autora (2019).

Três UBSs (18,75%) possuem elevador. Todos com o vão livre da porta com mínimo de 0,80m, o que garante o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD), Figura 5.

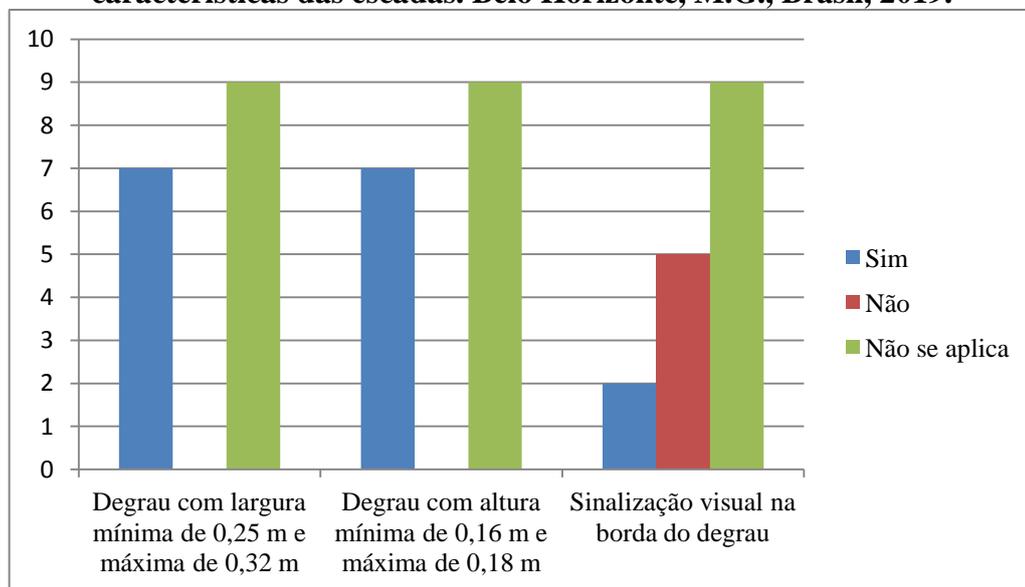
**Figura 5 Elevador para acesso de PcD**



Fonte: Fotografia da autora (2019).

A NBR 9050 destaca a necessidade de corrimão em escadas e rampas. Neste estudo comprovou-se que o corrimão é inexistente em 06 (37,5%) das 16 unidades pesquisadas.

**Gráfico 2 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo as características das escadas. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

O Gráfico 2 realça as características das escadas fixas, levando em consideração altura e largura do degrau e, a presença de sinalização visual na borda do degrau.

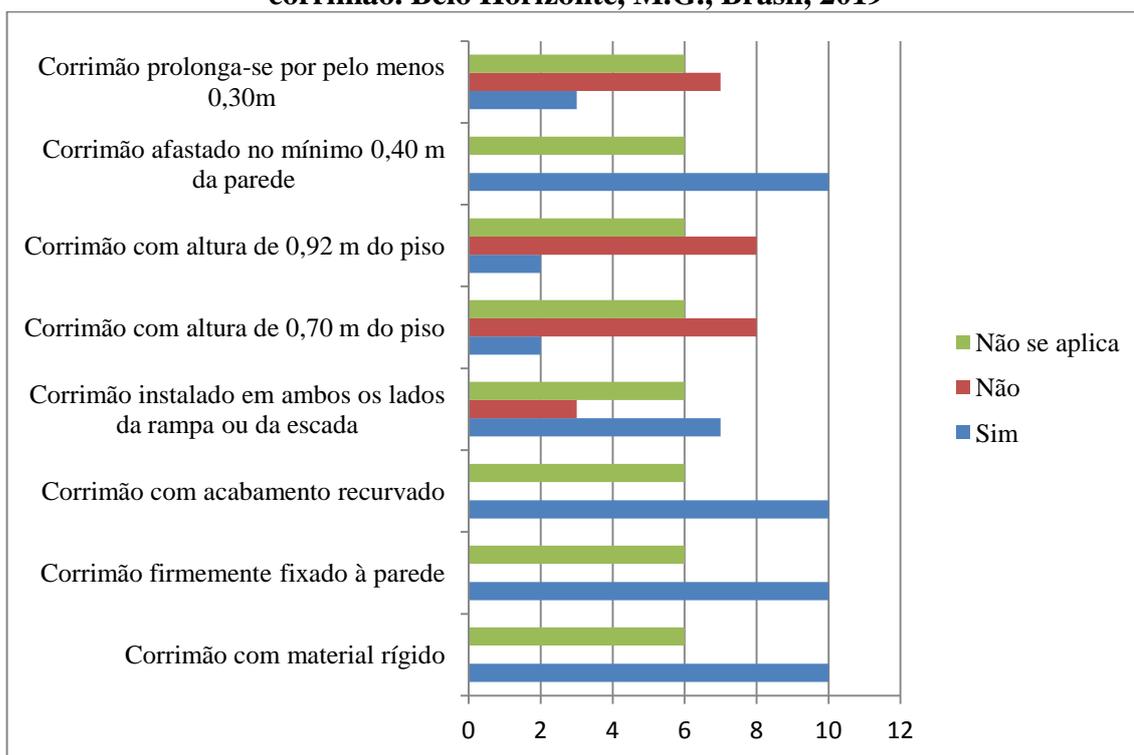
De acordo com o Gráfico, das 16 unidades avaliadas, 09 (56,25%) não possuem escadas. As 07 escadas existentes (43,75%) encontram-se em conformidade com a norma referente à largura e altura do degrau (ABNT, 2015). No entanto, no que tange à sinalização somente 02 (12,5%) possuem visual na borda.

**Figura 6 Escada sem sinalização visual na borda dos degraus**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

**Gráfico 3 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características do corrimão. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019**



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Em relação às características dos corrimãos, a NBR 9050 fixa que estes devem ser construídos com material rígido, fixados firmemente à parede ou à barra de suporte, terem acabamento recurvado, instalados em rampas e escadas em ambos os lados, terem duas medidas de altura da face superior até o piso, estarem afastados pelo menos 0,40 m da parede e prolongar-se paralelamente ao patamar por pelo menos 0,30 m nas extremidades sem interferirem com áreas de circulação (Gráfico 3).

Constatou-se que 06 UBS (37,5%), não possuem corrimão nem nas escadas, nem nas rampas de acesso. Das 10 UBS (62,5%) com corrimões existentes, todos possuem material rígido, estão firmemente fixados à parede, possuem acabamento recurvado e, encontram-se afastados no mínimo 0,40 m do ponto onde estão instalados. Em 07 UBS (43,75%) estão instalados em ambos os lados; 02 (12,5%) seguem os critérios de altura da face superior até o piso e, 03 (18,75%) prolongam-se por pelo menos 0,30 m.

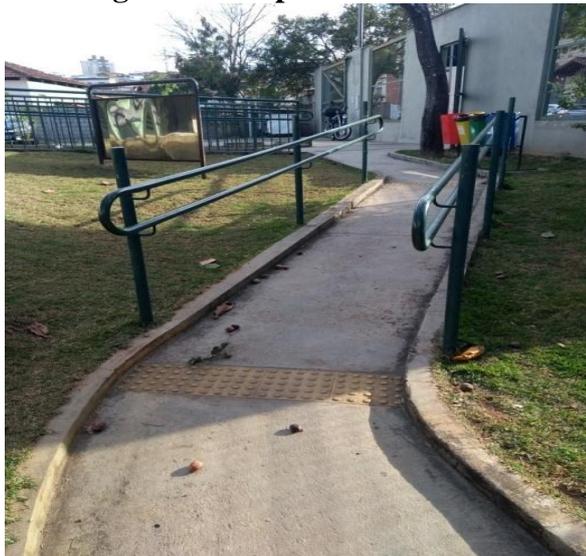
A Figura 7 apresenta uma escada com corrimão instalado em ambos os lados, apresentando duas alturas distintas, com prolongamento de 0,30 m sem interferir na circulação local, seguindo as normas da NBR 9050. Na figura 8 visualiza-se uma rampa com corrimão.

**Figura 7 Escada com corrimão**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

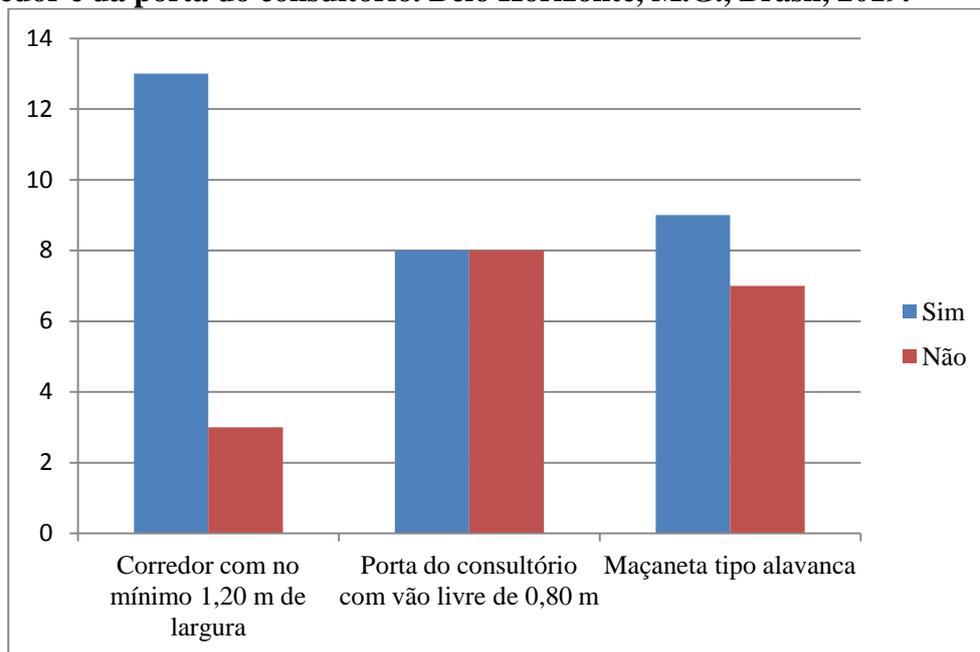
**Figura 8 Rampa com corrimão**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

Em relação ao piso, 11 prédios (68,75%) possuem piso de superfície regular, estável e firme como preconizado.

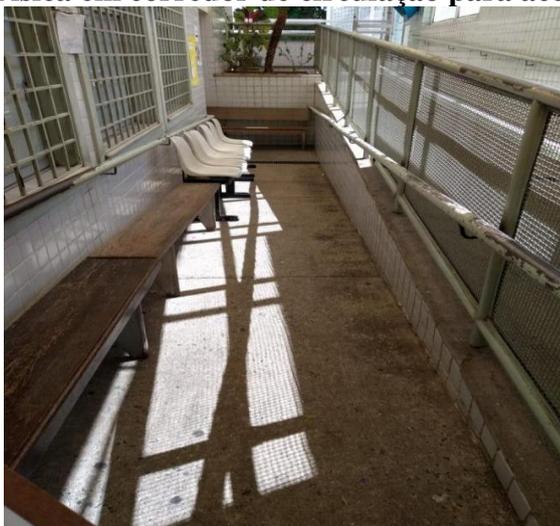
**Gráfico 4 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características do corredor e da porta do consultório. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

No gráfico 4 pode-se verificar que 03 UBSs (18,75%) não possuem corredor com largura adequada de acordo com a NBR 9050. Dos 13 prédios que atendem a largura mínima, 03 (18,75%) apresentam algum tipo de barreira física que reduz a largura do local de circulação, conforme exposto na Figura 9, abaixo:

**Figura 9 Barreira Física em corredor de circulação para acesso aos consultórios**

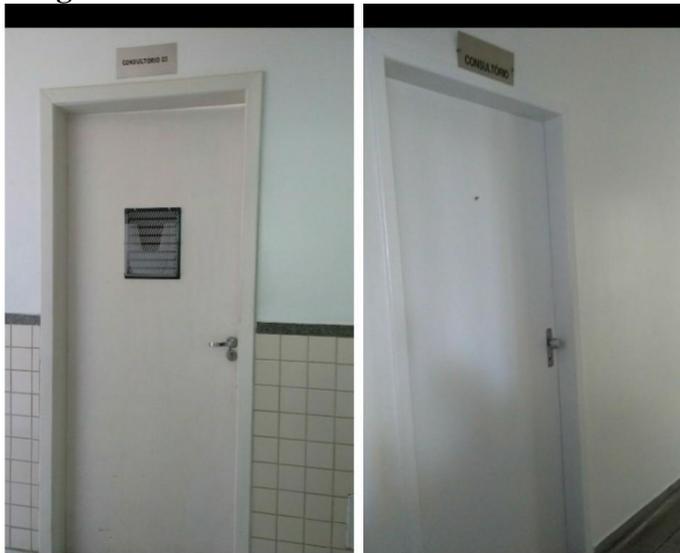


Fonte: Fotografia da autora (2019)

Com relação às portas dos consultórios, a norma determina vão livre de 0,80 m com maçanetas tipo alavanca (NBR 950).

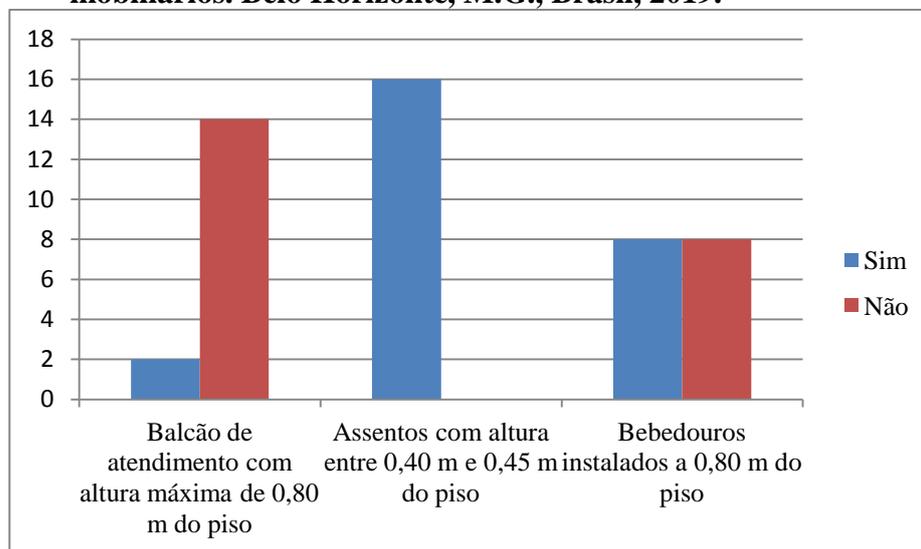
Pelo Gráfico 4, constata-se que 08 (50%) das 16 Unidades possuem portas com a largura mínima requerida e 09 (56,25%) possuem maçaneta do tipo alavanca. A figura abaixo exibe duas portas de consultório de UBS distintas com largura mínima de acordo com a norma, sendo que uma possui maçaneta do tipo alavanca (Figura 10).

**Figura 10 Portas de consultório de duas UBSs**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

**Gráfico 5 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características dos mobiliários. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

O Gráfico 5 revela que apenas 02 UBSs (12,5%) apresentam balcão com altura máxima de 0,80 m do piso; 14 (87,50%) tem balcão com altura superior a 0,80m. Uma UBS não possui balcão utilizando uma mesa improvisada para atender os usuários. As 16 UBS possuem assentos conforme determina a NBR 9050 e, 50% possui bebedouros tipo bica

instalados a 0,80 m do piso. Os mobiliários seguem apresentados nas Figuras 11, 12 e 13 abaixo:

**Figura 11 Balcão de atendimento**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

**Figura 12 Assentos da sala de espera**



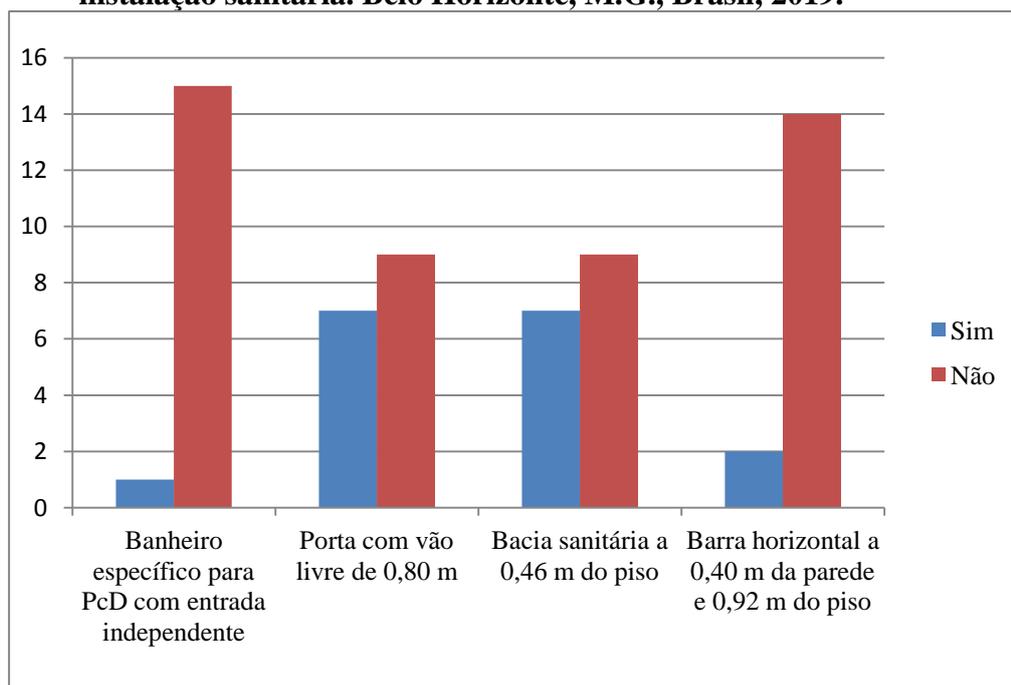
Fonte: Fotografia da autora (2019)

**Figura 13 Bebedouro**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

**Gráfico 6 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo características da instalação sanitária. Belo Horizonte, M.G., Brasil, 2019.**



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Referente a instalação sanitária, o estudo mostra que apenas 01 UBS possui banheiro específico para PcD. As demais unidades não possuem porta com vão livre maior que 0,80 cm. Das instalações dos banheiros 07 (43,75%) têm vaso sanitário inadequado em relação à sua altura e 14 (87,5%) não possuem a barra horizontal como determina a norma regulamentadora.

**Figura 14 Porta do banheiro com largura inferior a 0,80 m**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

**Figura 15 Banheiro adaptado para PcD**



Fonte: Fotografia da autora (2019)

## 7. DISCUSSÃO

A acessibilidade envolve as possibilidades de deslocamento do indivíduo acessar bens e serviços que necessita (AMARAL, 2012). Entretanto, para as Pessoas com Deficiência (PcD), essa tarefa torna-se mais difícil devido aos obstáculos naturais e artificiais encontrados nos centros urbanos (MARTINS, 2018).

No que concerne a área da saúde Portela (2012) descreve que a idéia de porta de entrada remete a um suposto fácil acesso na busca pelo cuidado e o atendimento em saúde. Dessa forma, é primordial que o acesso às Unidades Básicas de Saúde retrate como um componente do sistema de saúde, no momento em que se efetiva a busca e a obtenção do cuidado (HILGERT; BRANDALIZE, 2019).

As normas técnicas, embora de uso voluntário, passam a ter força de lei quando mencionadas explicitamente no corpo legislativo, o que deveria garantir a acessibilidade às PcD (BRASIL, 2006). A acessibilidade arquitetônica definida por Sasaki (2009) garantiria o acesso aos espaços físicos com ausência de barreiras, sendo responsabilidade dos diversos atores sociais em diferentes campos de atuação.

Este estudo ao aplicar nas visitas em campo um *checklist*, construído a partir da NBR 9050, constatou a inobservância das normas vigentes para o acesso de PcD e indivíduos com mobilidade reduzida. Como por exemplo: número reduzido de corrimãos, ausência de sinalização visual na borda dos degraus das escadas fixas; ausência de rebaixamento na calçada para acesso aos prédios; existência de portas com largura inferior à estabelecida pela norma; mobiliários inadequados como altura de balcões de atendimento e de bebedouros e, instalações sanitárias inacessíveis.

A ausência de rebaixamento na calçada para a entrada em 06 (seis) UBS denota uma dificuldade e ou impedimento de acesso à APS. As pessoas com mobilidade reduzida, usuárias de dispositivos como cadeira de rodas necessitarão da ajuda de terceiros para acessar o serviço de saúde, reduzindo sua independência e autonomia no acesso. Vasconcelos (2006) aponta que o acesso deve possibilitar a entrada de pessoas sem a ajuda de terceiros.

As escadas e rampas, construídas para vencer os desníveis existentes no acesso principal às UBS e, no seu interior estão presentes nos prédios estudados. Das 16 UBS pesquisadas, 12 (doze) apresentam rampas, 07 (sete) possuem escadas e, 06 (seis) possuem rampa e escada fixa como recomendado. Porém, de todos os prédios pesquisados, 06 (seis) não possuem corrimão nas rampas e nas escadas. A falta de corrimão traz insegurança às pessoas com mobilidade reduzida. A ausência dos corrimãos nas rampas e nas escadas

também foi apontada nos estudos de Vasconcelos (2006), Siqueira (2009), Castro (2011), Nascimento (2012), Albuquerque (2014) e Martins (2016).

Três UBS possuem elevador como forma de garantir o acesso das pessoas com dificuldade de locomoção aos demais pavimentos. No entanto, em um dos prédios o elevador está sendo usado como local de depósito de material.

Com relação ao piso, este deve ser firme, regular e estável de forma a não provocar trepidação em dispositivos com rodas, como cadeira de rodas e andador com rodízio. Nos prédios pesquisados, 68,75% estão em conformidade com a NBR 950.

Referente à porta de entrada nas UBSs, apenas 02 (duas) não possuem vão livre mínimo de 0,80 m. Assim, em um dos prédios o acesso é feito de forma adaptada através da porta dos funcionários e, no outro prédio pelo portão do estacionamento.

Com os dados apresentados, verifica-se que há uma inadequação estrutural no acesso às UBS pesquisadas dificultando o acesso a atenção à saúde, como previsto na PNAB (2017).

Em relação às UBSs com escadas apenas 02 (duas) possuem sinalização visual na borda contrastante com o piso adjacente. Este dispositivo é importante por informar ao usuário o início e o final dos degraus das escadas fixas, conferindo maior segurança no deslocamento.

No tocante às características dos corrimãos, 08 (oito) não seguem a normatização da altura da face superior ao piso e, 03 (três) não estão instalados em ambos os lados. O prolongamento do corrimão também inexistente em 07 (sete) UBS dificultando a mobilidade das pessoas com dificuldade na locomoção.

Pagliuca (2007) e Martins (2016) reforçam a importância da instalação dos corrimãos em ambos os lados, em especial para pessoas que usam muletas/bengalas, uma vez que ao empunhar o corrimão, transferem parte do peso para o apoio fixo e, este procedimento deve ser realizado pelo membro contralateral ao que apresenta dificuldade de mobilidade.

Treze Unidades Básicas de Saúde possuem corredor com largura mínima de 1,20 m. Pagliuca (2006) e Vasconcelos (2006) enfatizam que áreas de circulação devem ter no mínimo 1,20 m de largura para facilitar o livre tráfego de cadeirantes. Foi possível observar que em três corredores que apresentavam largura mínima, o que reduzia essa largura eram mobiliários dispostos de forma aleatória, como bancos e mesas.

Para Nascimento (2012), quando o cadeirante possui passagem reduzida não consegue se emancipar e, assim, acaba ganhando mais diagnósticos de déficit. O exposto vai ao encontro do conceito da CIF (OMS, 2003), apresentada anteriormente, na qual a incapacidade

é uma relação complexa da condição de saúde do indivíduo com os fatores externos, que representam as circunstâncias às quais ele vive.

Referente à largura da porta dos consultórios, a pesquisa identificou que metade das portas (oito) não possuem largura mínima para garantir a entrada de um cadeirante, ficando impedidos de receberem atendimento da equipe da APS.

A avaliação dos mobiliários aponta a inacessibilidade, em especial dos balcões de atendimento, com 87,50% com altura superior à regulamentar. Assim o contato visual, tão necessário para um bom acolhimento, pode ficar prejudicado. Aliado a necessidade da elevação do tom de voz, comprometendo a privacidade a qual o usuário tem direito, desvelando uma barreira para a comunicação adequada e eficaz. Marques (2018) acrescenta que ao chegar ao serviço de saúde o indivíduo se encontra em situação de vulnerabilidade e, a forma como é recebido influencia a relação que será estabelecida com a equipe do serviço.

Quanto aos bebedouros, apurou-se que a instalação de 50% não segue a norma de acessibilidade segundo a NBR 9050, impossibilitando seu uso por um cadeirante. A inadequação dos bebedouros também é apontada nos estudos de Vasconcelos (2006), Nascimento (2012) e Marques (2018).

Em relação às instalações sanitárias, a NBR 9050 determina que os banheiros para Pessoas com Deficiência (PcD) devem possuir entrada independente de forma a garantir que o usuário possa ser acompanhado. Porém, apenas 01 (uma) UBS possui banheiro em conformidade. Os demais banheiros não asseguram privacidade aos usuários com dificuldade de locomoção. Há, ainda, inadequação da largura da porta de acesso ao banheiro de uso comum e da altura do vaso sanitário, onde 09 (nove) instalações sanitárias não possuem a largura mínima exigida da porta do banheiro e da altura do vaso sanitário conforme a NBR 9050 preconiza. Estes achados apontam a dificuldade que uma PcD, ou com mobilidade reduzida, pode ter para utilizar o banheiro. Muitas vezes, torna-se uma tarefa impossível de ser realizada, privando o indivíduo de realizar suas necessidades fisiológicas. Vasconcelos (2006), Castro (2011), Nascimento (2012) e Albuquerque (2014) também encontraram a ausência de banheiros adaptados para PcD corroborando com o presente estudo.

Importante ressaltar que as Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte, em sua maioria, situam-se em construções antigas previamente existentes na comunidade, adaptadas para receber os usuários que demandam cuidado em saúde. Como mencionado anteriormente, por Bittencourt (2004), adaptar os espaços já existentes dificulta o cumprimento das normas de acessibilidade. Soma-se os poucos recursos financeiros dos

órgãos públicos destinados a este fim (MARTINS, 2008; VICENTE, 2015). Contudo, a legislação é clara quanto às disposições a serem adotadas visando facilitar o acesso aos PcD, que por vários motivos não são efetivadas.

O número reduzido de pesquisas em relação ao acessibilidade não colabora para a efetivação de um planejamento voltado para a resolução da inadequação à estrutura física dos prédios das UBS. Levando-se em consideração os princípios do SUS, em especial a equidade, faz-se indispensável que todas as unidades sejam adequadas a todos os usuários (MARQUES, 2018).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da investigação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte, baseada na NBR 9050, foi possível verificar o cumprimento ou não das normatizações vigentes, mapeando as barreiras arquitetônicas em cada Unidade.

Embora itens como portas de entrada ao prédio e área de circulação serem acessíveis na maioria das UBS pesquisadas, deve-se atentar para o conjunto dos itens analisados, uma vez que os resultados expostos evidenciaram a maioria dos prédios sem condições adequadas de acessibilidade para as pessoas com dificuldade de locomoção e, que nenhum prédio cumpre com as normas de todos os itens pesquisados.

Como barreiras encontradas pode-se exemplificar a presença de balcões de atendimento altos que não permitem uma comunicação eficaz e resolutive, bebedouros inadequados que selecionam quem fará uso e quem não conseguirá ter acesso à água, instalações sanitárias inacessíveis impossibilitando sua utilização pelas pessoas com dificuldade de locomoção e, portas de entradas de consultórios estreitas que inviabilizam o atendimento pela equipe.

A partir do exposto foi possível perceber, principalmente quando se trata de prédios antigos, que o acesso ao prédio e ao seu interior para as PcD ainda é um desafio. Ainda que seja claro os avanços da legislação brasileira no tocante à garantia dos direitos à acessibilidade.

Somente eliminando as barreiras os usuários terão seus direitos à saúde garantidos. A presença das barreiras arquitetônicas impedem o direito do cidadão de deslocar-se livremente, dificultando seu acesso à saúde.

Dessa forma faz-se essencial executar o que é garantido por lei como forma de promover cuidado integral, equânime e universal a todos os usuários do SUS em seu primeiro nível. Quando uma única UBS possui uma única barreira de acesso torna-se, em menor ou maior grau, excludente. Portanto, as barreiras arquitetônicas são um fator que geram preocupação para o acesso à saúde podendo limitar, dificultar e até mesmo impedir o cuidado em saúde em seu primeiro nível, gerando um processo de iniquidade.

Os resultados deste estudo podem subsidiar os gestores do Distrito Sanitário Noroeste para a adequação da infraestrutura dos prédios da Atenção Primária pesquisados de acordo com a normatização vigente de forma a assegurar o acesso universal, reduzindo as diferenças de acesso evitáveis. Assim como pode, também, servir de incentivo aos demais Distritos Sanitários de Belo Horizonte a mapearem suas UBS identificando a acessibilidade das PcD.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos; HOLANDA, Cristina Marques de Almeida Holanda; QUIRINO, Maria Aparecida Bezerra; NASCIMENTO, João Paulo da Silva; NEVES, Robson da Fonseca; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; ALVES, Simone Bezerra. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n 7, p. 1833-1840, 2012
- AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos; MOTTA, Marcia Heloise Alves; SILVA, Laila Pereira Gomes; ALVES, Simone Bezerra. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012
- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso; LYRA, Tereza Maciel; FARIAS, Sidney Feitoza Farias; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros; MARTELLI, Petrônio José de Lima. 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 (ABNT). Norma Brasileira (NBR) 9050: 2015. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. ABNT. 3. ed. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/abnt-nbr9050-edicao-2015.pdf> Acesso em: 20 abr. 2019
- AZEVEDO, Thalita Rodrigues de; VALDEVINO, Stella Costa; COSTA, Kátia Neila de Freitas Macedo; NETO, José Valdevino; LIRA, Lourdes Giovanna Rocha Silva de Holanda; MARTINS, Kaisy Pereira. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. **Revista Electronica Trimestral de Enfermeria**, Barcelona, n.37, p. 319-327, 2015
- BASTOS, Priscila Félix. **Território e redes de atenção à saúde no Recife**: relação entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade assistencial do SUS. 2015. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Distritos Sanitários**. Belo Horizonte: PBH, 2006. 1 mapa, color. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html> Acesso em: 20 jun. 2019
- BITTENCOURT, Leonardo Salazar; CORRÊA, Andreia Lopes Muniz; DE MELO, Juliana Duarte; DE MORAES, Miguel Correia; RODRIGUES, Raquel Faião. Acessibilidade e cidadania: barreiras arquitetônicas e exclusão social dos portadores de deficiências físicas. *In*: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004, Belo Horizonte. **Anais [...]**. Belo Horizonte: UFMG, 2004. Disponível em: <https://www.ufmg.br/congrent/Direitos/Direitos10.pdf> Acesso em: 02 jul. 2019

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, v. 2, 44 p, 2004
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**: Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, [...]. Brasília,DF: Planalto, [2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 26 jun. 2019.
- BRASIL. [Decreto (1999)]. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**: Regulamenta a lei ° 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. Brasília, DF: Planalto [2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm) Acesso em: 15 abr. 2019
- BRASIL. [Decreto (2004)]. **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 promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, [2006]. 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) Acesso em: 03 jun. 2019
- BRASIL. [LEI (1990)]. **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, [2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em: 26 jun. 2019
- BRASIL. [Lei (2015)]. **Lei 13.146 de 06 de julho de 2015**: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com deficiência. Brasília, DF: Planalto, [2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm) Acesso em: 01 jun. 2019
- BRASIL. [Lei (2000)]. **Lei ° 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. Brasília, DF: Planalto [2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l10098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm) Acesso em: 15 abr. 2019
- BRASIL. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Coordenação Geral de Acessibilidade da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos. **Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: DF. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes\\_acessibilidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf) Acesso em: 17 abr. 2019

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 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, Edição: 183, Seção: 1, 21 set. 2017. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031) Acesso em: 13 jun. 2019
- [BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_cabl.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cabl.pdf) Acesso em: 29 ago. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf) Acesso em: 17 abr. 2019
- CAMPOS Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES Vera Lucia Ferreira. A rede de cuidados do sistema único de saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015
- CASTRO, Shamyry Sulyvan; LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CÉSAR, Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011
- CRUZ, Daniely Monteiro; NASCIMENTO, Luis Ramon Sousa do; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; SCHOLLER, Soraia Dornelles. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. **Ciência y enfermería**, Concepcion, XXI, n. 1, 2015
- FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; VACONCELLOS, Luiz Carlos Fardel; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília, 2006.
- FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, LORITA Marlena Freitag; BAPTISTA, Rosilene Santos; FRANÇA, Eurípedes Gil; COURA, Alexsandro Silva; SOUZA, Jeová Alves de. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência à unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 6., Brasília, 2010
- GIRONDI, Juliana Balbinoti Reis; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 378-84, jun.2011
- GONDIM, Gracia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA Josino Costa; MONKEM Maurício. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237- 55, 2008.

- HILGERT, Adriano Contri, SLOB, BRANDALIZE, Edna Márcia Grahl. Acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde pública. **Rev. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. ed. 04, v. 01, Abril de 2019.
- INSITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2014
- LAGU, Tara; IEZZONI, Lisa; LINDENAUER, Peter. The Axes of Access: Improving care for patients with disabilities. *The New England Journal of Medicine*. v. 370, n. 19, p. 1847-1851, 2014.
- LAVRAS Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011
- MATIAS, Alessandra Queiros; COSTA, Denise Ribeiro; LOPES, Diane Trindade; ANDRADE, Fatima da Silva; SILVA, Renata Paulista da; GOMES, Wellington Souza. Inclusão Escolar: acessibilidade e adaptações para alunos com mobilidade reduzida. *In: 17º Congresso Nacional de Iniciação Científica*. São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: UniÍtalo, 2017
- MARQUES, Juliana Freitas; ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo; CARVALHO, Lucina Vieira de; LEITE, Sarah de Sá; ALMEIDA, Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Rev. Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre, p. 1-6, 2018
- MARTINS, Kaisy Pereira; DA COSTA Tatiana Ferreira; DE MEDEIROS, Thayris Mariano; FERNANDES, Maria das Graças Melo; DE FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier; COSTA, Kátia Neyla de Freitas Macedo. Estrutura Interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 21, p. 3153-3160, 2016
- MARTINS, Wagner de Brito; GAIAD, Thais Peixoto; PRAT, Bernat Vinolas; MORAIS, Rosane Luzia de Souza. Pessoas com Deficiências motoras, conhecimento e usufruto dos seus direitos fundamentais. **Rev. Bras. Ed. Esp**, Marília, v. 24, n. 3, p. 441-454, Jul-Set., 2018
- MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009
- MENDONÇA, Maria Helena Magalhães Mendonça; MATTA Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Ligia. Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães Mendonça; MATTA Gustavo Corrêa; GONDIM, Roberta; GIOVANELLA, Ligia.*

**Atenção Primária à Saúde No Brasil:** conceitos, práticas e pesquisa. 22 edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Introdução, p. 29-47

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **O SUS**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.html](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html)Acesso em: 20 abril. 2019
- NASCIMENTO, Vagner Ferreira do. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 1031-44, 2012
- OLIVEIRA, Luciano Sepúlveda; ALMEIDA, Leilane Graziela Nascimento; OLIVEIRA, Marco Aurélio Sepúlveda; GIL, Gabriel Brasil; CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; MEDINA, Maria Guadalupe; PEREIRA, Rosana Aquino Guimarães. Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p. 3047-3056, 2012
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência. **Trad. Lexicus Serviços Linguísticos**. São Paulo (SP): EDPcD; 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS): **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre o direito das pessoas com deficiência**. Nova Iorque: ONU, 2006
- PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas interna de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 581-588, 2007
- PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção primária à saúde: um ensaio. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, p. 255-276, 2012
- SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: Acessibilidade no lazer, trabalho e educação. **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, ano. XII, p. 10-16, mar./abr. 2009
- SILVA, Daniele Cristina Nascimento et al. Acessibilidade de portadores de deficiência ou mobilidade reduzida na unidade básica de saúde Jonas Manoel Dias em São Luís de Montes Belos – GO. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 3, p. 36-179, 2015
- SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes 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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

- TEODOLINO, Joice Lamin; MOREIRA, Juliana Kely; MONTEIRO, Camila Angélica de Abreu; DELIBERATO, Paulo César Porto. Utilização da NBR 9050 e do Questionário bipolar na avaliação da acessibilidade de clínicas de fisioterapia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, ano III, n. 8, abr/jun. 2006
- TRAVASSOS Claudia; MARTINS Monica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 20, suppl. 2, p. 190-198, 2004
- TURCI, Maria Aparecida. Construção da atenção básica em Belo Horizonte. *In:* TURCI, Maria Aparecida. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. p. 44-83
- VASCONCELOS, Luciana Rodrigues; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 3, n. 10, p. 494-500, dez. 2006
- VICENTE, Maysa Caliman; AGUADO, Juventino de Castro. A promoção da pessoa com deficiência: a evolução da legislação até a promulgação da lei 13.146 de 2015 e a garantia do direito à saúde. *In:* III Congresso Brasileiro de processo coletivo e cidadania, n. 3, p. 93 -99, 2015, Ribeirão Preto. **Anais [...]**. Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto, out. 2015

## ANEXOS

### Anexo 1. Cronograma da Pesquisa

<b>MÊS/ ETAPAS</b>	<b>Março 2019</b>	<b>Abril 2019</b>	<b>Maió 2019</b>	<b>Junho 2019</b>	<b>Julho 2019</b>	<b>Agosto 2019</b>	<b>Setembr o 2019</b>	<b>Outubro 2019</b>
<b>Escolha do tema</b>	<b>X</b>							
<b>Levantamento bibliográfico</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>					
<b>Elaboração do anteprojeto</b>		<b>X</b>						
<b>Apresentação do projeto</b>		<b>X</b>						
<b>Coleta de dados</b>				<b>X</b>				
<b>Análise dos dados</b>					<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Organização do roteiro/partes</b>		<b>X</b>						
<b>Redação do trabalho</b>				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		
<b>Revisão e redação final</b>							<b>X</b>	
<b>Entrega da monografia</b>							<b>X</b>	
<b>Defesa da monografia</b>								<b>X</b>

## Anexo 2. Termo de Anuência

### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa “Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste de Belo Horizonte para a população com deficiência locomotora”, sob a responsabilidade da pesquisadora Gabriela Quintão Coutinho, CPF 057.970.766-08, cujo objetivo é Conhecer a infraestrutura de acesso às unidades básicas de saúde da regional noroeste de Belo Horizonte; Identificar as barreiras arquitetônicas para o acesso da população à atenção primária em saúde; Investigar os problemas que as pessoas com deficiência locomotora podem enfrentar para ter acesso ao prédio da unidade básica de saúde de sua abrangência; Apresentar quantitativamente as condições de acesso ao interior dos prédios, de acordo com a NBR 9050 e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades Básicas de Saúde da Regional Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pela pesquisadora dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

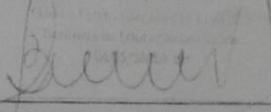
O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Renata Mascarenhas Bernardes  
BM 77 577-4  
Diretoria de Assistência à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
de Belo Horizonte

Renata Mascarenhas Bernardes  
Diretoria de Assistência à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Belo Horizonte, 30 de abril de 2019

  
Cláudia Fidelis Barcaro  
Gerência de Educação em Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

### **Anexo 3. Liberação para não submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa**

Prezada,

De acordo com a Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16, somente as pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Nestes casos não existe a necessidade da obtenção de nenhum documento de dispensa expedido por um CEP.

São consideradas pesquisas envolvendo seres humanos estudos~Projetos de qualquer área do conhecimento e que, de modo direto ou indireto, envolvam indivíduos ou coletividades (seres humanos), em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações e materiais. Também são consideradas pesquisas envolvendo seres humanos estudos que utilizem técnicas de entrevistas, aplicações de questionários, utilização de banco de dados e revisões de prontuários.

Portanto, neste caso, a coleta de dado pode ser iniciada mediante a apresentação do Termo de Anuência Institucional.

Atenciosamente,

**Eduardo Prates Miranda** - Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA-BH  
Rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio-BH/MG  
Telefone: 3277-5309 - [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)

## Anexo 4. Checklist

### CHECK LIST

Referência: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Norma Brasileira (NBR) 9050: 2015. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

#### Acesso

	Sim	Não
Rebaixamento da calçada		
Mais de um pavimento		
Piso regular e estável		
Porta de entrada com vão livre de 0,80 m		
Rampa		
Escada		

#### Corrimão

	Sim	Não
Possui corrimão		
Material rígido		
Firmemente fixado		
Instalado em ambos os lados		
Altura de 0,92 m do piso		
Afastado a 0,40 m da parede		
Prolonga-se por pelo menos 0,30 m		
Acabamento recurvado		

#### Degrau de escada fixa

	Sim	Não
Largura mínima de 0,25 m e máxima de 0,32 m		
Altura mínima de 0,16 m e máxima de 0,18 m		
Sinalização visual na borda		

(continua)

(continuação)

### **Elevador**

	Sim	Não
Possui elevador		
Largura mínima de 0,8 m da porta do elevador		

### **Porta de consultório e corredor**

	Sim	Não
Corredor com no mínimo 1,2 m de largura		
Vão livre da porta com mínimo de 0,80 m		
Maçaneta tipo alavanca		

### **Mobiliários**

	Sim	Não
Balcões com altura máxima de 0,8 cm		
Bebedouros instalados a 0,8 m do piso		
Assentos com altura de 0,40 a 0,45 m do piso		

### **Instalação Sanitária**

	Sim	Não
Banheiro específico para deficiente físico		
Banheiro com passagem livre para cadeirante		
Barra horizontal 0,4m da parede e 0,92 m do piso		
Piso antiderrapante		
Vaso sanitário a 0,46 m do piso		