

## Barreiras arquitetônicas nas unidades de saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/ RS

### Architectural barriers in health units of regional coordination 13<sup>th</sup> health

Miriam Heinen Marques da Silva<sup>1</sup>, Litiele Evelin Wagner<sup>2</sup>, Jéssica Luiza Pedroso da Silva<sup>1</sup>, Alexander Romão Vieira Morinelli<sup>1</sup>, Eduarda Chaves Silveira<sup>1</sup>, Suzane Beatriz Frantz Krug<sup>1</sup>, Dulciane Nunes Paiva<sup>1\*</sup>

---

#### RESUMO

**Introdução:** Pessoas com deficiência (PcD) possuem direitos assegurados ao acesso a todos os ambientes, entretanto, ainda existem ambientes desfavoráveis à mobilidade, favorecendo a exclusão das PcD. **Objetivo:** Verificar a existência de barreiras arquitetônicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) nos municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** Avaliadas unidades de Atenção Básica à Saúde (ABS) através de questionário do tipo *checklist* que mapearam a acessibilidade e a existência de barreiras arquitetônicas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Resultados:** Foram avaliadas 44 unidades de ABS com abrangência de 17 UBS e 27 ESF, sendo constatadas estruturas inadequadas para o acesso de PcD temporária ou permanente. As unidades de saúde apresentaram-se em edificações antigas da comunidade e sem construção específica para as necessidades dos usuários, tendo sido evidenciadas inadequações nos corrimãos de acesso, na largura inferior das portas da área de circulação interna e portas dos banheiros, sendo as UBS mais inadequadas que as ESF. **Conclusão:** Nenhum serviço das unidades de ABS da 13ª-CRS encontra-se totalmente de acordo com a ABNT (NBR 9050), sendo necessárias adequações que atendam a política nacional de direitos de PcD para que haja inclusão das mesmas no acesso aos serviços públicos de saúde.

**Palavras-chave:** Acessibilidade; Estruturas; Deficiências

---

#### ABSTRACT

**Introduction:** People with disabilities (PwD) have guaranteed rights to access all environments, however there are still unfavorable environments for mobility, favoring the exclusion of PwD. **Objective:** To verify the existence of architectural barriers in the Basic Health Units (BHU) and Family Health Strategies (FHS) in the cities of the 13th Regional Health Coordination (RHC) of Rio Grande do Sul, Brazil. **Method:** Primary Health Care (PHC) units were evaluated through a checklist questionnaire that mapped accessibility and the existence of architectural barriers according to the standards of the Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Results:** Forty-four PHC units consisted of 17 BHU and 27 FHS were evaluated, and inadequate structures were found for temporary or permanent PwD access. The health units were presented in old buildings of the community and without specific construction for the needs of users, and inadequacies were evidenced in the access handrails, in the lower width of the doors of the internal circulation area and bathroom doors, and the BHU were more inadequate than the FHS. **Conclusion:** No service of the BHU units of the 13<sup>th</sup> RHC is fully in accordance with the ABNT standards (NBR 9050), and adaptations are

---

<sup>1</sup> Universidade de Santa Cruz do Sul.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul

\*E-mail: dulciane@unisc.br

necessary that meet the national policy of PwD rights so that they are included in access to public health services.

**Keywords:** Accessibility; Structures; Deficiencies

---

## INTRODUÇÃO

*Deficiência* define-se como a limitação ou inexistência de estrutura física e psicológica que resulte na incapacidade de desempenhar uma atividade ou de ter acesso às edificações, mobiliários e equipamentos urbanos em caráter temporário ou permanente (BRASIL, 1990; AMARAL, 2019). As pessoas com deficiência (PcD) têm direitos à saúde assegurados pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) (BRASIL, 1990) e deve ser possibilitado aos mesmos uma vida plena e autônoma (ABNT, 2015; SDH-PR/SNPD, 2013).

A acessibilidade permite a interação e a utilização de qualquer ambiente, possibilitando a PcD se locomover e alcançar o destino almejado de forma favorável (BATISTEL, 2021). A desatenção dos setores públicos, no que tange à adequação da acessibilidade nos centros urbanos, exclui cerca de 70% desses indivíduos do contexto social. Tal realidade aumenta a necessidade de promover ações de inclusão social dirigidos às PcD, dando cumprimento à padronização das edificações destinadas a essa população (FACHINNI, 2009), fazendo cumprir as prerrogativas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) de acordo com a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 9050 que estabelece critérios de acessibilidade no espaço urbano e nas edificações, considerando as condições de mobilidade do ambiente com ou sem auxílio de bengalas, andadores, muletas ou cadeiras de rodas (ABNT, 2015).

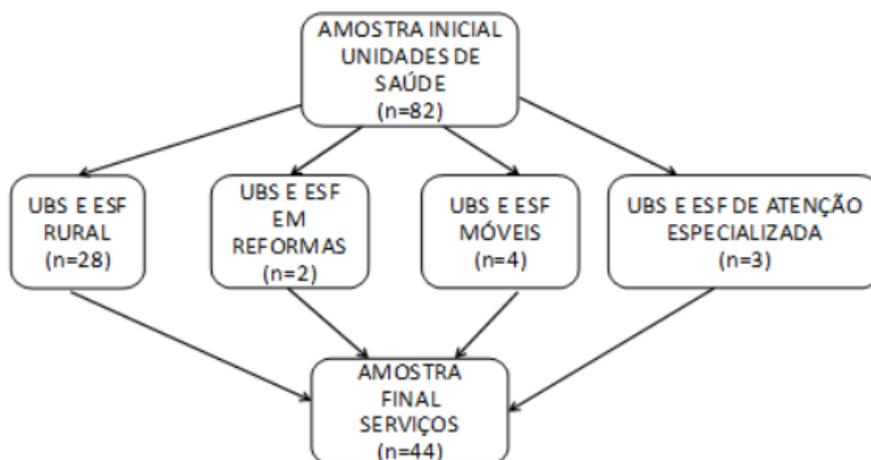
O sistema de Atenção Básica à Saúde (ABS) tem como objetivo a universalidade e integralidade da atenção, baseando-se no reconhecimento das necessidades da população que vão além da assistência médica, conforme implementado pelo Decreto n. 5.296 (BRASIL, 2004). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica e constrói vínculos com a comunidade, verificando as necessidades das famílias, enquanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) adotam sistema tradicional de atenção, onde o foco principal é a doença da população (BRASIL, 2006). As inadequações no acesso às estruturas sociais e não apenas à deficiência em si excluem as PcD de um acesso livre e digno aos serviços prestados pela ABS. Dessa forma, o presente

estudo objetivou identificar as condições arquitetônicas de acesso das PcD às UBS e ESF dos municípios da 13ª CRS – RS.

## MÉTODOS

Estudo transversal que avaliou unidades de ABS dos municípios da 13ª CRS – RS, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo 296211). A pesquisa foi realizada após autorização da Comissão Intergestora Regional da 13ª CRS, que possibilitou a avaliação das UBS e ESF da zona urbana dos municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) e da 13ª CRS (DATASUS) (Figura 1). No Quadro 1 pode ser evidenciada a prevalência de deficiência motora por municípios da 28ª Região de Saúde do RS que motivaram o desenvolvimento do presente estudo.

**Figura 1** - Fluxograma de perda das unidades de saúde avaliadas.



Fonte: Autoria própria.

**Quadro 1** - Percentagem das deficiências por municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>DEFICIÊNCIA MOTORA n (%)</b>
Candelária	3051 (10,11)
Gramado Xavier	294 (7,40)
Herveiras	134 (4,53)
Mato Leitão	258 (6,67)
Pantano Grande	853 (8,62)
Passo do Sobrado	418 (6,95)
Rio Pardo	2927 (7,78)
Santa Cruz do Sul	7555 (6,38)
Sinimbu	1219 (12,10)
Vale do Sol	782 (7,06)
Vale Verde	314 (9,65)
Venâncio Aires	5480 (8,31)

Vera Cruz	2027 (8,45)
<b>TOTAL</b>	<b>25.312 (7,73)</b>

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

Foi utilizado questionário validado e adaptado por Fachinni et al. (2009) para avaliar as características arquitetônicas das UBS e ESF tendo como referência as condições ideais estabelecidas na legislação brasileira (BRASIL, 2007), sendo este um instrumento do tipo *checklist* composto por questões fechadas e codificadas. Os dados obtidos foram armazenados no programa SPSS (versão 20.0, EUA) para posterior obtenção de frequências simples e descrição das variáveis. Na Tabela 2 pode ser observada a descrição e dos municípios avaliados.

**Tabela 1** – Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família nos municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS.

<b>Municípios</b>	<b>População da zona urbana (Número de habitantes)</b>	<b>Número de ESF</b>	<b>Número de UBS</b>
Candelária	7.428	3	1
Gramado Xavier‡	529	1	0
Herveiras‡	384	1	0
Mato Leitão‡	1.621	1	0
Pântano Grande	8.314	1	1
Passo do Sobrado‡	1.429	2	0
Rio Pardo	25.614	2	2

Santa Cruz do Sul	93.650	10	7
Sinimbu	1.437	0	1
Vale do Sol	1.249	2	0
Vale Verde‡	882	1	0
Venâncio Aires	41.416	2	3
Vera Cruz	13.320	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>197.273</b>	<b>27</b>	<b>17</b>

ESF – Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde ‡ Municípios onde o serviço básico de saúde abrange também população da zona rural, com um total de habitante em: Gramado Xavier (3994 habitantes); Herveiras (2825 habitantes); Mato Leitão (3689 habitantes) e Passo do Sobrado (6.035 habitantes).

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

Quanto ao acesso às unidades de saúde avaliadas foram observadas as condições de acesso por rampa e/ou escada, presença de corrimão, condições de segurança nas calçadas de acesso e disponibilização de cadeira de rodas às PcD temporária ou permanente. Segundo a ABNT, no acesso externo das unidades de saúde, as calçadas devem ter largura mínima de 1,50 m com pavimentação regular para que haja adequada circulação de duas cadeiras de rodas e rebaixamento da guia onde houver interligação ao leito carroçável, com faixa de pedestres (ABNT, 2015).

### **Acesso às Unidades de Saúde**

O questionário utilizado para avaliar as características gerais das unidades foi composto por um roteiro de observação sobre possíveis barreiras arquitetônicas internas e externas às UBS, sendo o mesmo respondido pelo coordenador de cada unidade. Foram avaliadas as estruturas e vias de acesso com dados preenchidos pelo pesquisador responsável. De acordo com a ABNT os corrimãos, para serem utilizados com segurança, devem ser construídos com materiais rígidos e firmemente fixados às paredes ou barras de suporte (ABNT, 2015). A inclinação das rampas foi calculada a partir da seguinte equação conforme estudo de Rosa et al. (2014).

$$i = \frac{h \times 100}{c}$$

Onde: i: inclinação (%); h: altura do desnível; c: comprimento da projeção horizontal.

Conforme preconizado pela NBR 9050, as portas do tipo *vaivém* devem ter visor para facilitar a visibilidade e evitar a ocorrência de acidentes pessoais. Nas portas de correr, as guias ou trilhos não podem se projetar acima da superfície do piso. Os corredores devem ter a largura mínima de 1,50 m por serem edificações públicas e possuírem um grande fluxo de pessoas. Os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição. As instalações sanitárias devem estar próximas à área de maior circulação, devendo ser disponível para ambos os sexos e sinalizados com o *Símbolo Internacional de Acesso* às PcD (ABNT, 2015).

## RESULTADOS

O presente estudo avaliou 44 unidades de ABS (UBS: n= 17; ESF: n= 27) da zona urbana dos municípios da 13ª CRS-RS. A avaliação estrutural foi baseada na NBR 9050 que considera como dimensões referenciais, as medidas entre 5 a 95% da população brasileira, ou seja, os extremos correspondentes às mulheres de baixa estatura e homens de estatura elevada (ABNT, 2015). No acesso às UBS foi observada calçada irregular ou sem calçamento e sem faixa de pedestres no rebaixamento do meio fio. Em 39,3% das ESF e em 37,5% das UBS a largura mínima das calçadas era de 1,50 m, havendo rebaixamento do meio fio, oferecendo um percurso livre de obstáculos.

Ressalta-se que foi constatada a presença de corrimão em 82,1% nos acessos com escadas e rampas das unidades avaliadas e observada a presença de rampas entre a calçada e a recepção em 89,3% das ESF e em 87,5% das UBS, apresentando acentuada declividade, piso irregular, ausência de corrimão ou presença de obstáculos, como bicicletas e usuários e em 17,9% das unidades, o deslocamento das pessoas em cadeira de rodas (PCR) apenas se tornava possível com o auxílio de um cuidador com habilidade e força suficientes para promover o deslocamento com segurança.

Na Tabela 3 podem ser observados os itens avaliados na área de acesso e, no que tange ao acesso por escada ou rampa, a opção NSA (não se aplica) existe pelo fato de ocorrer platô (situação plana, não ocorrendo barreira arquitetônica de acesso à unidade) em 71,4% dos serviços analisados. Em 17,9 % foram encontrados degraus e escadarias

no acesso. Também foi constatada a presença de rampa e esta não configura *barreira arquitetônica*, sendo considerada como barreira, a presença exclusiva de degraus ao acesso. As inclinações das rampas calculadas apresentaram largura inferior a 1 metro.

**Tabela 2** – Barreiras arquitetônicas de acesso às unidades de saúde avaliadas.

	ESF			UBS		
	SIM	NÃO	NSA	SIM	NÃO	NSA
<b>Existem degraus de acesso (%)</b>	17,9	82,1	0	18,8	81,3	0
<b>A rampa possui inclinação que minimiza esforços (%)</b>	17,9	10,7	71,4	12,5	12,5	75
<b>As calçadas são seguras (%)</b>	39,3	60,7	0	37,5	62,5	0
<b>Existe corrimão no acesso à unidade de saúde (%)</b>	17,9	82,1	0	6,3	93,8	0
<b>Existe cadeira de rodas à disposição (%)</b>	75	25	0	62,5	37,5	0

ESF: Estratégia de Saúde Familiar; UBS: Unidade Básica de Saúde; NSA: Não se aplica.

A inexistência de porta *vaivém* ocorreu em 64,3% das ESF e em 62,5% das UBS avaliadas. Nas portas de correr, as guias ou trilhos não podem se projetar acima da superfície do piso. Em nosso estudo, tais portas estavam dentro do requerido pela ABNT (2015), entretanto, em 92,9% das ESF e em 87,5% das UBS foi constatada inexistência

das mesmas (Tabela 3). Em 75% das ESF e em 50% das UBS avaliadas foram observadas portas com largura livre de 0,80 m, o que favorece o trânsito de PCR.

**Tabela 3** – Barreiras arquitetônicas de circulação interna das UBS e ESF avaliadas.

	ESF			UBS		
	SIM	NÃO	NSA	SIM	NÃO	NSA
<b>Tapetes na sala de espera (%)</b>	3,6	96,4	0	18,8	81,3	0
<b>Assentos adequados na recepção (%)</b>	32,1	67,9	0	25	75	0
<b>Mobiliário com altura de 80 cm (%)</b>	78,6	21,4	0	81,3	18,8	0
<b>Portas com largura de 80 cm (%)</b>	75	25	0	50	50	0
<b>Porta vai e vem com visor (%)</b>	7,1	28,6	64,3	12,5	25	62,5
<b>Porta com trilho rebaixado (%)</b>	7,1	0	92,9	12,5	0	87,5
<b>Piso firme, antiderrapante (%)</b>	21,4	78,6	0	18,8	81,3	0
<b>Telefone (%)</b>	0	100	0	0	100	0

<b>Bebedouros (%)</b>	71,4	3,6	25	25	75	0
-----------------------	------	-----	----	----	----	---

ESF: Estratégia da Saúde Familiar; UBS: Unidade Básica de Saúde; NSA: Não se aplica.

Os corredores apresentavam largura mínima exigida de 1,50 m sem que possibilitasse, entretanto, a livre circulação, pois existiam obstáculos como bebedouros, lixeiras e bancos que serviam como espera de pacientes. Os usuários de muletas, obesos e idosos necessitam de corrimão e tal recurso era inexistente no acesso em 82,1% das ESF e em 93,8% das UBS. Em relação aos pisos, estes devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição (ABNT, 2015), entretanto, foi evidenciado pisos de superfície lisa.

Em 35,7% das ESF e em 68,8% das UBS, as instalações sanitárias não permitiam acesso às PcD, pois apresentavam largura da porta inferior a 0,80 m. As demais instalações não seguiam as normas da ABNT por apresentarem degrau de acesso, ausência de barras de apoio, torneira de monocomando, pia com coluna, além de não permitirem manobras de cadeira de rodas e apresentarem irregularidade na altura da bacia sanitária (ABNT, 2015). Algumas instalações apresentavam o *Símbolo Internacional de Acesso*, cujo uso deveria estar presente apenas em locais que atendessem totalmente às normas requeridas para o adequado acesso a PcD.

As portas de acesso aos sanitários apresentaram largura inferior a 0,80 m em 81,3% das UBS e em 35,7% das ESF, considerando-se que o questionário previa, no mínimo, um banheiro adequado por unidade. Nos banheiros que possibilitavam acesso, havia impedimento de acesso à pia, devido à coluna que estava presente em 75% das ESF e em 93,8% das UBS e as manobras de PCR ficaram impossibilitadas em 42,9% das ESF e em 81,3% da UBS.

As unidades da ABS não dispunham de telefone de uso público e elevador, sendo que apenas três unidades apresentaram circulação vertical. Foi constatada uma ESF com circulação vertical por escada e, a mesma apresentava piso antiderrapante e disponibiliza cadeira de rodas no andar superior, mas inviabiliza o deslocamento vertical das PCR. As UBS foram as mais inadequadas quanto ao modelo de atenção para PcD por apresentarem ausência de corrimãos de acesso e largura das portas da área de circulação interna e das

portas dos banheiros inferiores às recomendadas pela ABNT. Nenhuma unidade de saúde, inclusive as ESF, estava totalmente de acordo com as normatizações da ABNT.

## DISCUSSÃO

Foi evidenciada elevada ocorrência de irregularidades no que tange ao acesso às unidades de saúde avaliadas. As limitações apresentadas no acesso pelas calçadas geram dificuldades de locomoção à PcD, mesmo quando conduzidos por carro, muletas ou cadeiras de rodas, o que impõe que sejam assistidos por acompanhantes. Para as PCR, a norma estabelece uma área padrão equivalente à superfície delimitada pelo perímetro retangular de 0,80 por 1,20 m, projetada no piso, denominado *Módulo de Referência*.

Vasconcelos e Pagliuca (2006) mapearam as barreiras arquitetônicas de acesso às unidades de saúde de um município de médio porte do Ceará e constataram que os desnivelamentos eram as barreiras mais presentes nas calçadas, mas que apesar da mesma, a largura de 1,50 m e a ausência de obstáculos foi respeitada na maioria dos casos avaliados. Três dos quatro serviços hospitalares no Ceará avaliados por Aragão (2004) apresentavam obstáculos no acesso, além dos desnivelamentos das calçadas.

Quanto a presença de corrimãos foi evidenciada ausência de tal estrutura nos corredores. Para serem utilizados com segurança, os corrimãos devem ser construídos com materiais rígidos e firmemente fixados às paredes ou com barras de suporte, devendo ser instalados em ambos os lados dos degraus isolados das escadas fixas e das rampas, com largura entre 3,0 e 4,5 cm, sem arestas vivas e com espaço livre de no mínimo 4,0 cm entre a parede e o corrimão, devendo permitir boa empunhadura e deslizamento preferencialmente com seção circular (ABNT, 2015).

As rampas avaliadas apresentavam acentuada declividade, piso irregular, ausência de corrimão ou presença de obstáculos e sua inclinação, calculada em nosso estudo, apresentou largura inferior a 1m, o que denota infração ao exercício dos direitos individuais e sociais das PcD e de sua integração social, garantidos desde 1989 com a Lei Federal nº 7.853 (BRASIL, 1989). A largura das rampas (L) deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas, sendo recomendável largura livre em rotas acessíveis de

1,50 m, sendo o mínimo admissível, 1,20 m, devendo ser previstas áreas de descanso nos patamares a cada 50 m de percurso. Quando não houver paredes laterais, as rampas devem incorporar guias de balizamento com altura mínima de 0,05 m, instaladas ou construídas nos limites da largura da rampa e na projeção dos guarda-corpos (FERRI, 2012).

Foi constatado que o modelo de porta *vaivém* na área de circulação interna não atendia às normas, apresentando ausência de visor, sendo que este facilita a visibilidade e evita acidentes por abalroamentos ou quebra de material (ABNT, 2015). Em nosso estudo, 75% das ESF e 50% das UBS apresentavam portas com largura livre de 0,80 m, o que favorecia o trânsito de PCR. Segundo a NBR 9050, portas com largura inferior à 0,80 m impossibilitam o acesso ao PcD (ABNT, 2015).

Em estudo que avaliou as estruturas físicas de UBS do Sul e Nordeste do Brasil, 59,8% das unidades da ABS não eram adequadas para o acesso de idosos e PcD, os quais possuíam tapetes na sala de espera, no consultório e em outros ambientes. Os degraus dificultando o acesso foi relatado em 44,2% das UBS. A ausência de rampas foi encontrada em 63% das UBS e, dentre as que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão. Em 77,4% dos banheiros das UBS não existiam portas que garantisse o acesso de PCR e, em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. A indisponibilidade de cadeiras de rodas para atender aos usuários foi referida em 74,7% das UBS. As cadeiras das salas de espera foram consideradas inadequadas para os usuários por 67,8% dos profissionais das UBS. Calçadas que garantisse o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes ou outras pessoas com necessidades especiais foram consideradas como inexistentes em 66,7% das UBS (FACHINNI, 2009).

Os corredores apresentavam largura mínima exigida de 1,50 m, porém a circulação não era livre, pois existiam obstáculos como bebedouros ou lixeiras. Os corredores devem ter essa dimensão por serem edificações públicas e também pelo fato de permitirem um grande fluxo de pessoas, assegurando uma faixa livre de barreiras ou obstáculos. Em nosso estudo foi evidenciada ausência de corrimãos em 100% das unidades avaliadas. No estudo de Fachinni et al. (2009), os corrimãos eram inexistentes na maioria das unidades de saúde avaliadas, tanto no acesso quanto nos corredores.

A maioria das instalações sanitárias não permitia acesso às PcD, pois apresentavam largura da porta inferior a 0,80 m. A altura do assento do local para o qual for feita a transferência deve ser semelhante à do assento da cadeira de rodas. Devem ser instaladas barras de apoio para garantir um ângulo de alcance que permita a execução adequada das forças de tração e compressão. Outros estudos corroboram nossos achados quanto ao fato das instalações sanitárias serem os locais de maior prevalência de barreiras arquitetônicas (ELIAS, 2006; IBGE, 2010). No presente estudo, foi observado sanitário com localização externa às unidades de saúde e com presença de degraus (ELIAS, 2006). Os tipos de barreiras que dificultam a mobilidade de idosos e PcD ao acesso às unidades de saúde mais destacados por um estudo que entrevistou 244 idosos foram: ausência de transporte, existência de esgotos, bueiros, dejetos, sacos de lixo, pisos quebrados, presença de degraus nas calçadas e inexistência de calçamento (AMARAL, 2012).

Segundo Coleridge et al. (2010), PcD apresentam em sua maioria, menor nível de escolaridade e de condição socioeconômica em relação aos sem deficiência e, as restrições de acesso às unidades da ABS os tornam ainda mais desassistidos. França e Pagliuca (2009) estudaram a inclusão social da PcD e ressaltam que o direito à saúde é desrespeitado e que tal fato, fere os princípios do Sistema Único de Saúde de *universalidade, integralidade, equidade e o controle social*. Os sentimentos de discriminação e injustiça são sentidos pelas PcD ao se depararem com a falta de acessibilidade adequada (FACHINNI, 2009). Mesmo o Brasil sendo referência em legislações que atendem à PcD, percebe-se que estas devem ser melhor implementadas e fiscalizadas para possibilitar adequada acessibilidade e a inclusão (GIRONDI, 2011).

É importante destacar algumas limitações metodológicas do presente estudo sendo uma delas a utilização de questionário, que por ser auto referido pode ter conduzido erro de aferição. Outro fator a ser considerado foram as perdas existentes no tamanho amostral, visto que não foram avaliadas unidades rurais, móveis, as com serviços específicos de atendimento e ainda as aquelas em funcionamento que ainda não estavam cadastrados no DATASUS.

Acreditamos que esse estudo seja pioneiro em municípios de pequeno porte (3 a 100 mil habitantes), com realidades distintas e pertencentes a uma mesma CRS. Com isso, a dificuldade de acesso a estudos comparativos fez com que tivéssemos como maior parâmetro a própria legislação brasileira (BRASIL, 2011). Os resultados obtidos são

relevantes, considerando o fato do aumento crescente do envelhecimento populacional que se somam às PcD. Deve ser considerada a inclusão social por meio de políticas que possibilitem a mobilidade e acessibilidade das PcD a todos os lugares almejados.

## CONCLUSÃO

Foram evidenciadas inaccessibilidades que refletem o descumprimento das normas descritas pela legislação e inadequações na arquitetura externa e interna que dificultam e até impossibilitam o acesso de PcD com ou sem auxílio de acompanhante. Constatou-se inexistência de auditórios e locais de reuniões para a realização de palestras educativas em algumas UBS e ESF, poucas unidades visitadas dispunham de condições ideais para o acesso de PcD e, tais fatos evidenciam o pouco cumprimento das normas da ABNT e a ausência de planejamento que contemple a necessidade específica de todos os usuários.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, F. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2991–3001, nov. 2012.

AMARAL, L. C. Pessoa com deficiência: inclusão e acessibilidade na sociedade contemporânea. **Legis Augustus**, v. 12, n. 1, p. 33-52, 2019.

ARAGÃO, A. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física aos serviços hospitalares: avaliação das barreiras arquitetônicas. 2004. 104 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. **NBR 9050:2015**. Rio de Janeiro, 2015.

BATISTEL, Juliana; CARVALHO, Hilda Alberton. Acessibilidade e inclusão da pessoa com deficiência em centros esportivos—estudo de caso. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 12279-12294, 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União 1988**.

BRASIL. Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999. 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 1990**; 21 dez.

BRASIL. Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n- 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 2004**; 2 dez.

BRASIL. Decreto Lei nº 7612, de 17 de novembro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF) 2011.

BRASIL. Decreto n. 3.298 de 20 de dez. de 1999. 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 1990**.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União 1990**; 19 set.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União 1989**; 25 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília – DF 2007. (Série E. **Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006**).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde: Humaniza SUS, Documento Base. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

COLERIDGE, P. SIMONNOT, C. STEVERLYNCK, D. Study of disability in EC Development Cooperation. **European Commission**; 2010 [site na Internet]. [acesso 2012 abr 05]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/a5817/en/>.

ELIAS, P. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF E UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 11, n. 3, p. 633-641, set 2006.

FACHINNI, L. 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 e Saúde Coletiva [online]**, v. 14, n. 1, p. 39-44, jan 2009.

FACHINNI, L. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 11, n. 3, p. 669-681, set 2006.

FERRI, C. et al. Socioeconomic Factors and All Cause and Cause-Specific Mortality among Older People in Latin America, India, and China: A Population-Based Cohort Study. **Plos Medicine**, v. 9, n.2, fev 2012.

FRANÇA, I. PAGLIUCA, L. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 43, n. 1, p. 178-185, abr 2009.

GIRONDI, J. SANTOS, S. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 32, n. 2, p. 378-384, ago 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores populacionais. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2010.

ROSA, C. DARROZ, L. ROSA, A. Estudo das rampas para cadeirantes: uma proposta de tema interdisciplinar para o ensino médio. **Revista Espaço Pedagógico**, v. 21, n. 1, p. 165-177, mar 2014.

VASCONVELOS, L.; PAGLIUCA, L. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Escola Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 495-500, dez 2006.

VIVER SEM LIMITE– **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD**, 2013.

*Recebido em: 30/05/2022*

*Aprovado em: 05/07/2022*

*Publicado em: 14/07/2022*