Revista Eletrônica
Estácio Recife

CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE PARA OS USUÁRIOS COM MOBILIDADE REDUZIDA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE-PE

Marcelo Andrade França[1]
marcelo_franca@outlok.com

Diogo Henrique Mendes da Silva[1]
diogohenrique686@gmail.com

Rodrigo Cesar Abreu de Aquino[2]
rodrigo_c_abreu@hotmail.com

RESUMO:A pesquisa tem como objetivo descrever as condições de acessibilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para usuários com mobilidade reduzida. Estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quantitativa, composta por 22 UBS do Distrito Sanitário V, de Recife-PE, através de instrumento de coleta de dados baseado na NBR 9050/2015, analisando-se variáveis referentes as seguintes dimensões: acesso a UBS, acessibilidade interna, mobiliário da recepção, sanitário, sala de vacina, sala de curativo, consultório de enfermagem, médico e odontológico. A coleta dos dados ocorreu após contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife, iniciando-se no mês de outubro de 2019, após aprovação do CEP do Centro Universitário Estácio do Recife, com parecer favorável de n° 3.600.913 e CAAE: 21106519.5.0000.5640. Dos itens analisados, destaca-se a ausência de vaga de estacionamento especial sinalizada; 72,7% possuíam rampas de acesso; 90,9% possuíam porta principal com dimensão adequada; 63,6% apresentavam balcão de informação com altura adequada; 81,8% possuíam bebedouros dentro dos parâmetros; 72,7% não possuíam cadeira de rodas; 59,1% não possuíam sanitário adaptados para portadores de necessidades especiais; 63,6% das salas de vacinas, 45,5% da sala de curativos e/ou procedimento, 59,1% dos consultórios odontológicos e 72,7% dos consultórios médicos e de enfermagem apresentavam porta de acesso com dimensões adequadas segundo a NBR 9050/2015. A acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida nas UBS deve ser vista como prioridade, apesar do avanço das políticas públicas de saúde convém destacar a necessidade da melhoria da infraestrutura afim de garantir a integralidade da assistência a toda comunidade e por consequente na qualidade dos serviços ofertados.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Acessibilidade Arquitetônica. Acesso aos Serviços de Saúde. Pessoas com Limitação Física

ABSTRACT: The research aims to describe the accessibility conditions of Basic Health Units (BHU) for users with reduced mobility. Descriptive cross-sectional study, with a quantitative approach, composed of 22 BHU in the Sanitary District V, of Recife-PE, using a data collection instrument based on NBR 9050/2015, analyzing variables referring to the following dimensions: access to BHU, internal accessibility, furniture reception, sanitary, vaccination room, dressing room, nursing, medical and dental office. Data collection occurred after previous contact with the Municipal Health Secretariat of the City of Recife, starting in October 2019, after approval by the research ethics committee of the Estácio do Recife, with a favorable opinion of 3,600,913 and CAAE: 21106519.5.0000.5640. Of the items analyzed, the absence of a special signaled parking spot stands out; 72.7% had access ramps; 90.9% had an adequate sized main door; 63.6% had an information desk with adequate height; 81.8% had drinking fountains within the parameters; 72.7% did not have a wheelchair; 59.1% did not have a toilet adapted for people with special needs; 63.6% of the vaccination rooms, 45.5% of the dressing and / or procedure room, 59.1% of the dental offices and 72.7% of the medical and nursing offices had an access door with adequate dimensions according to the NBR 9050/2015. The accessibility of people with reduced mobility in the BHU should be seen as a priority, despite the advancement of public health policies, it is important to highlight the need to improve infrastructure in order to guarantee the integrality of assistance to the entire community and, consequently, the quality of the services offered.
Keywords: Primary Health Care; Architectural Accessibility. Access to Health Services. People with physical limitations.

[1]Graduandos do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Recife.

[2]Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Recife.

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira perpassa por diversas mudanças no decorrer de sua trajetória, resultante de uma assistência anteriormente precária e de baixa qualidade, sucedida por importantes marcos históricos nos quais propiciaram avanços e perspectivas positivas, que influenciaram e corroboraram para o campo da saúde atual, dentre eles, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO, 2013).

Para a consolidação do SUS, foram estabelecidos alguns princípios norteadores que visam um modelo voltado a contemplar a sociedade como um todo, partindo de uma assistência abrangente e humanizada. São citados três princípios básicos nas leis regulamentadoras do sistema, que são a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2017).

Na garantia da atenção integral e contínua da saúde baseada nos princípios do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um suporte na concretização para a assistência dos usuários, sendo considerada a porta de entrada para o sistema, intervindo diretamente nos fatores condicionantes e determinantes, capazes de comprometer a saúde da população, além de conferir uma menor demanda de atendimento nos níveis de média e alta complexidade (BRASIL, 2017).

No Brasil, as condições referentes aos cuidados com a saúde no âmbito da Atenção Primária vêm se expandindo, e cada vez mais ampliando a sua cobertura no atendimento das comunidades. Nessa perspectiva, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os locais que demandam a maior parte da assistência à população, tendo como base os princípios SUS. Contudo, ainda existem diversos desafios para a sua consolidação, sendo um deles a ampliação do acesso às pessoas com deficiência (PcD) (MARTINS *et al.,* 2016).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 define como PcD, aquela que possui comprometimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, a longo prazo, capazes de dificultar sua participação na sociedade de forma equivalente aos demais indivíduos. Incluído neste público, podemos citar as pessoas com mobilidade reduzida (PMR), classificadas como qualquer indivíduo detentor de algum comprometimento a nível motor, o qual gere redução efetiva da sua mobilidade (BRASIL, 2015).

De acordo com o censo demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui cerca de 45,6 milhões de PcD, e deste total, aproximadamente 13,2 milhões equivalem a PMR, tendo ainda uma concentração maior nas capitais. Por esse motivo, as conformidades das estruturas arquitetônicas das UBS urbanas devem estar adequadas para o recebimento dessa população, pois impactar diretamente nos serviços ofertados, refletindo no modo como são vistas e recebidas no meio social (IBGE, 2010).

Quando se refere às PMR, torna-se essencial remetê-las ao termo “acessibilidade”, que tem como definição a possibilidade e condição de alcance dos indivíduos com deficiência ou mobilidade reduzida em utilizar os mobiliários e instalações sanitárias, acesso à informação e comunicação, bem como seus sistemas e tecnologias, de forma a usufruir com

segurança e autonomia segundo as suas limitações e condições de saúde (ABNT, 2015; BRASIL, 2015).

Segundo Donabedian (2003), a acessibilidade pode ser estabelecida como a organização de recursos de um determinado local, onde a mesma implica na locomoção dos usuários aos serviços e às peculiaridades existentes que facilitam ou dificultam seu uso. O autor também menciona a relação entre os termos acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, sendo ambos ligados à capacidade desses locais de suprir as necessidades da comunidade assistida *(apud* ALBUQUERQUE *et al.,* 2014).

Observa-se que os serviços de saúde, em sua maioria, não são totalmente regulares conforme os padrões estabelecidos em normas técnicas, tendo em vista que apresentam circunstâncias desafiadoras de estruturas, principalmente relacionadas às portas de entrada, áreas de circulação, rampas inadequadas ou ausentes, tipos de pisos, sinalizações, entre outras barreiras, refletindo na incapacidade do livre acesso no interior das UBS e por consequência, em um atendimento não integral. Tais inobservâncias estruturais repercutem de modo negativo, limitando as PMR no alcance das ações de promoção, prevenção e manutenção à saúde, infringindo diretamente os princípios estabelecidos nos artigos do SUS (MARQUES *et al.,* 2018; MAMED, 2015; MARTINS *et al.,* 2018).

Com o objetivo de garantir a acessibilidade às edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos, a ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) lançou uma 1ª edição da Norma Brasileira (NBR) 9050 no ano de 1994 e atualmente encontra-se na 3ª edição após atualização realizada no ano de 2015. A norma regulamentadora em questão veio com o objetivo de estabelecer parâmetros técnicos e criteriosos em relação às estruturas e adaptações nos serviços urbanos, sendo consideradas as condições pertinentes à mobilidade (ABNT, 2015).

Em consonância com o que foi mencionado, o presente estudo teve como objetivo analisar as condições de acessibilidade na garantia da assistência aos usuários com mobilidade reduzida nas UBS do Distrito Sanitário V da cidade do Recife-PE, em consonância ao que se preconiza a NBR 9050/2015.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa, realizada nas 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que compõem o Distrito Sanitário V, no qual se insere na cidade do Recife-PE, com sede na Rua Emília Torreão, N° 135, no bairro de Afogados. Sua expansibilidade distribui-se entre os bairros de Afogados, Areias, Barro, Bongi, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipió e Totó. A amostra foi do tipo intencional e não probabilística, representada por 22 Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família.

Os dados foram coletados utilizando-se um *checklist* adaptado pelos pesquisadores, a partir das diretrizes contidas na NBR 9050/2015, com questões objetivas, abordando aspectos relacionados à estrutura física e barreiras arquitetônicas, mobiliário, espaços e equipamentos

urbanos das UBS do Distrito Sanitário V. Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Office Excel 2010*, analisando-os a partir da elaboração de planilhas, através de estatística descritiva simples, razão e proporção dos resultados, e discutidos a partir da literatura disponível.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2019 após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Recife, com parecer favorável de n° 3.600.913 e CAAE: 21106519.5.0000.5640.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais resultados observados após a aplicação do *checklist* nas 22 unidades de saúde. As variáveis descrevem o acesso e acessibilidade no recebimento de pessoas com mobilidade reduzida nas UBS analisadas, conforme a tabela1.

Tabela 1 – Dados referentes à acessibilidade externa e interna das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V. Recife-PE, 2019.

VARIÁVEIS (*)	SIM		NÃO		N/A (1)	
	N	%	N	%	N	%
ACESSO A UBS						
Vaga de estacionamento especial sinalizada	-	-	22	100	-	-
Dimensão adequada da porta principal	20	90,9	2	9,1	-	-
RAMPA DE ACESSO						
Com piso antiderrapante	16	72,7	-	-	6	27,3
Com corrimão de apoio	9	40,9	7	31,8	6	27,3
Largura mínima de 1,20m	9	40,9	7	31,8	6	27,3
ACESSIBILIDADE INTERNA						
Corredor com largura mínima de 1,20m	12	54,5	10	45,5	-	-
Corredor livre e desimpedido de obstáculos	11	50	11	50	-	-
Fita sinalizadora de degraus/desníveis	4	18,2	13	59,1	5	22,7
MOBILIÁRIO DA RECEPÇÃO						
Balcão de informação com altura máxima de 1,05m	14	63,6	8	36,4	-	-
Bebedouro com altura máxima de 1,20m	18	81,8	2	9,1	2	9,1
Cadeira de rodas disponível	6	27,3	16	72,7	-	-
Espaço para acomodação da cadeira de rodas	11	50	11	50	-	-
SANITÁRIO						
Para portadores de necessidades especiais	9	40,9	13	59,1	-	-
Lixeira sem acionamento a pedal	18	81,8	4	18,2	-	-
Lavatório fixado com altura máxima de 0,80m	5	22,7	17	77,3	-	-
Papeleira com altura máxima de 1,20m	5	22,7	8	36,4	9	40,9
Acessórios com altura máxima de 1,20m	4	18,2	8	36,4	10	45,6

(1) não se aplica; (*) conforme NBR 9050/2015.

Durante a avaliação do acesso externo às UBS, notou-se a escassez de vagas de estacionamento especiais sinalizadas, onde nenhuma das unidades apresentaram tal conformidade. No artigo n° 47 do Estatuto da Pessoa com Deficiência e o artigo n° 41 do Estatuto do Idoso preconizam, respectivamente, que 2% do total das vagas de estacionamento de locais abertos ao público devem estar devidamente sinalizadas para pessoas com deficiência ou comprometimento de mobilidade, e 5% do total das vagas disponibilizadas para pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2003).

Segundo Amaral *et al.* (2017), as unidades de saúde são locais que prestam serviços a pessoas com diferentes níveis de necessidades, desde o público recém-nascido, idosos e pessoas com deficiência, e, portanto, devem estar devidamente adequadas para o atendimento ao público em geral, fazendo uso do princípio da equidade previsto no SUS. No estudo deste autor, pode-se observar uma equivalência com a atual pesquisa, onde o número de vagas especiais sinalizadas nos serviços de saúde também foi nulo, demonstrando a inadequação em relação as legislações vigentes.

Observou-se que 72,7% das unidades apresentam rampas de acesso com piso antiderrapante. Apesar de ser um número considerável, o ideal seria a existência desta estrutura em todas as unidades, pois tratam-se de locais que atendem diversos perfis de usuários. Além disso, a necessidade da inclusão de rampas nas unidades de saúde faz-se essencial, uma vez que sua inexistência se torna um fator negativo, já que a dificuldade de acesso a esses locais é uma das razões pelas quais os usuários abstém-se de procurar os serviços de saúde (MARTINS *et al.* 2016).

Verificou-se ainda que nas UBS que possuíam rampas, apenas 40,9% delas possuíam a largura mínima de 1,20m e a presença de corrimão de apoio, conforme preconiza a NBR 9050/2015. A largura mínima exigida, bem como o corrimão são considerados peças estruturais indispensáveis em qualquer estrutura física de recebimento ao público de mobilidade reduzida e, portanto, sua presença conferem uma maior segurança, principalmente em situações de riscos, como por exemplo, dias chuvosos. Segundo Amaral *et al.* (2017), a importância do corrimão presente nas rampas de acesso nas unidades auxilia durante deslocamento, conferindo uma maior segurança ao usuário com mobilidade reduzida, além de confiança, estabilidade e equilíbrio no percurso.

Em relação à porta principal de entrada da UBS, 90,9% das unidades demonstraram a dimensão mínima exigida de 0,80m x 2,10m. O resultado desta variável corroborou com um estudo realizado nas UBS da cidade de Tubarão-SC, com uma predominância de portas com dimensões adequadas (MENEGHEL; MARTIGNAGO; KOCK, 2017).

Nas 22 unidades analisadas, observou-se a presença de corredores em seus interiores, e 45,5% delas não possuíam a largura mínima de 1,20m para a circulação adequada de PMR e/ou cadeirantes. Além disso, em 50% das UBS notou-se a presença de obstáculos nos corredores, dificultando ainda mais o deslocamento no interior destes locais. De acordo com Nascimento (2012), situações como esta acabam gerando uma sensação de distanciamento dessas pessoas, favorecendo a sensação de exclusão, influenciando de forma negativa na sua busca pelo reconhecimento social.

Por mais vergonhoso que pareça, locomover-se dentro de uma USF demanda ajuda de mediadores por se tratar de um espaço pequeno com uma infinidade de mobiliários,

armários arquivos, mesas, balcões, bancos que são no fundo empecilhos reais no deslocamento desses clientes (NASCIMENTO, 2012).

A acessibilidade interna esteve prejudicada em 59,1% das UBS, percentual que representou o quantitativo de unidades que possuíam degraus e/ou desníveis, desprovidos de fitas sinalizadoras a fim de facilitar sua visualização. A presença de desnivelamento sem esta devida sinalização torna a circulação arriscada dentro das unidades, principalmente para gestantes e idosos (AMARAL *et al.,* 2017).

Nos espaços das recepções, notou-se que 63,6% das unidades apresentavam balcões de informação e 81,8% de bebedouros com alturas de acordo com a NBR 9050/2015. Todavia, ainda se tratam de percentuais baixos, pois a adequação e presença destes dispositivos favorece a uma adequada comunicação, fortalecimento do vínculo, além de garantir a privacidade aos usuários atendidos. Sousa (2016) corroborando com o manual de estrutura física das unidades de saúde, ressalta a importância dos mobiliários internos acessíveis, a fim de garantir um ambiente e aproximação dos usuários com os serviços de saúde, principalmente quando se trata do público com mobilidade reduzida.

Observou-se que 72,7% das UBS não dispunham de cadeira de rodas, dificultando a locomoção dos usuários dependentes deste dispositivo. Pode ser observado em um estudo realizado na Bahia, que apenas 40% das unidades disponibilizavam cadeira de rodas ao público, inviabilizando a locomoção de pessoas com deficiência (AMARAL, 2017). Além disto, nota-se que nestas unidades, apenas 50% possuíam espaços disponíveis para acomodação deste equipamento, diferente do preconizado no Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015).

A existência de banheiros adaptados para pessoas com mobilidade reduzida é fundamental em qualquer ambiente que ofereça atendimento ao público. Com este dispositivo presente, torna-se possível garantir a autonomia e qualidade de vida aos que deste espaço utilizam. Nas UBS analisadas, 59,1% não permitiam o acesso a cadeira de rodas aos sanitários e nem possuíam espaço para manobra-las, 77,3% deles não possuíam lavatório fixado na altura de até 0,80m, 81,4% não possuíam lixeira com acionamento a pedal, 40,9% não possuíam papeleira e 45,6% eram desprovidos de outros acessórios indispensáveis como saboneteira, cabide, porta objetos conforme preconiza a NBR 9050/2015. A não conformidade e escassez destes utensílios também se caracterizam como barreiras e por consequente, favorecem o comprometimento da saúde da comunidade assistida (MARQUES *et al.*, 2018).

Foram analisados as salas e consultórios das 22 unidades básicas de saúde que tivessem relevância no quesito de acessibilidade às pessoas com mobilidade reduzida, conforme demonstra a tabela 2.

Tabela 2 – Acessibilidade das salas e/ou consultórios das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário V. Recife-PE, 2019.

VARIÁVEIS (*)	SIM		NÃO		N/A (1)	
	N	%	N	%	N	%
SALA DE VACINA						
Dimensão adequada da porta de acesso	14	63,6	8	36,4	-	-
Birô de atendimento com altura máxima de 0,85m	19	86,4	3	13,6	-	-
SALA DE CURATIVOS E/OU PROCEDIMENTOS						
Porta de acesso com dimensão de 0,80m x 2,10m	10	45,5	11	50	1	4,5
Maca ajustável ou com altura máxima de 0,85m	19	86,4	3	13,6	4	18,2
Birô de atendimento com altura máxima de 0,85m	15	68,2	3	13,6	4	18,2
Escada de suporte	21	95,5	1	4,5	-	-
CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM						
Porta de acesso com dimensão de 0,80m x 2,10m	16	72,7	6	27,3	-	-
Maca ajustável ou com altura máxima de 0,85m	22	100	-	-	-	-
Birô de atendimento com altura máxima de 0,85m	22	100	-	-	-	-
CONSULTÓRIO MÉDICO						
Porta de acesso com dimensão de 0,80m x 2,10m	16	72,7	6	27,3	-	-
Maca ajustável ou com altura máxima de 0,85m	22	100	-	-	-	-
Birô de atendimento com altura máxima de 0,85m	21	95,5	1	4,5	-	-
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO						
Porta de acesso com dimensão de 0,80m x 2,10m	13	59,1	5	22,7	4	18,2
Cadeira de atendimento ajustável e funcionando	18	81,8	-	-	4	18,2
Birô de atendimento com altura máxima de 0,85m	17	77,3	1	4,5	4	18,2

(1) não se aplica; (*) conforme NBR 9050/2015.

Quanto a dimensão das portas de acesso, verificou-se que 63,6% das salas de vacina; 45,5% da sala de curativos e/ou procedimentos; 59,1% dos consultórios odontológicos e 72,7% nos consultórios médico e de enfermagem encontravam-se dentro dos parâmetros estabelecidos na NBR 9050/2015 e quase metade destas variáveis não apresentam as devidas dimensões de portas, impedindo a plena acessibilidade na procura desses serviços

De acordo com Marques *et al.* (2018), a dificuldade de acesso ao interior de salas e consultórios inviabiliza a devida promoção da equidade em saúde, pois é indispensável que na perspectiva do recebimento da população, as entradas a estes locais estejam adequados a todos os perfis de usuários.

Pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida são expostas a situações constrangedoras ao serem transportadas em cadeiras de rodas ou nos braços de trabalhadores de saúde ou familiares para que possam ser submetidos a exames; além do constrangimento há risco de queda e lesões corporais. Estas ocorrências comprometem o acolhimento que pressupõem conforto físico e emocional (MARQUES *et al.,* 2018).

Outro item analisado na tabela 2 foi a altura máxima de até 0,85m dos birôs e macas de atendimento, sendo evidenciado dentro desses parâmetros respectivamente 68,2% e 86,4 nas salas de curativos e/ou procedimentos; em 100% dos birôs e macas dos consultórios de enfermagem; 95,5% e 100% dos consultórios médicos; e em 77,3% dos birôs dos consultórios odontológicos, onde nestes últimos também apresentavam 81,8% das cadeiras odontológicas ajustáveis para o recebimento de PMR. Nas salas de curativos e/ou procedimentos 95,5% possuíam escada de suporte para auxílio aos pacientes, caso necessitassem.

É importante que cada elemento inserido na UBS esteja adequado e em plena funcionalidade, pois estes podem se tornar uma barreira no momento da assistência prestada a estes usuários. Albuquerque (2015) ressalta, no que refere à altura do birô e ajuste da maca, que no decorrer do atendimento, esses dispositivos inadequados denotam que os mesmos necessitam de maiores investimentos, para que assim ofertem um serviço resolutivo e equânime para cada usuário.

CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados, considerando-se os critérios de acessibilidade segundo a NBR 9050/2015 no que se refere aos espaços internos, portas de acesso e a escassez de sanitários adaptados, pode-se comprovar as inadequações em grande parte das UBS observadas. Mesmo com alguns dispositivos de acordo com as legislações vigentes, ainda torna-se um desafio alcançar uma acessibilidade plena, a fim de garantir conforto, proteção e qualidade de vida a toda a comunidade.

Adaptar a infraestrutura das UBS às necessidades das pessoas com mobilidade reduzida torna-se necessário diante do atual cenário da saúde pública, visto que tais impasses dificultam o atendimento, e por consequente, prejudicam aos que necessitam dos serviços assistenciais da saúde.

Espera-se com os resultados desta pesquisa, contribuir com o panorama da acessibilidade nas UBS da Cidade do Recife, em especial às do DS-V, na implementação de melhorias a partir de maiores investimentos na Atenção Básica, conferindo ambientes e condições que favoreçam a acessibilidade aos usuários do SUS, contemplando os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnicas. Norma Brasileira - NBR 9050:2015. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** 2015. 148p.

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

AMARAL, A. P. S. *et al.* Acessibilidade nas unidades de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE On line,** Recife, v. 11, n. 11, p. 4638-4644, nov. 2017.

BRASIL Casa Civil. Lei n° 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 13 nov. 2019

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. 2017a. Disponível em: portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus. Acesso em 10 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família.** 2017b. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/cebas/contatos/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia. Acesso em 09 de abril de 2019.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n. 78, p. 07-26, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2010.

MARQUES, J. F. *et al.* Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0009, 2018.

MARTINS, K. P. *et al*. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3153-3160, out. 2016.

MARTINS, K. P. *et al.* Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1150-1155, out.-dez. 2018.

MENEGHEL M.; MARTIGNAGO N.; KOCK, K. S. Análise da acessibilidade nas unidades básicas de saúde de Tubarão-SC. **Revista Fisioterapia & Reabilitação,** Palhoça, v. 1, n. 1, p. 42-51, jan./jun., 2017.

NASCIMENTO, V. F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde,** Brasília, v. 3, n. 3, p. 1031-1044, 2012.

SOUSA, I. M. **Acessibilidade para usuários com deficiência nas unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão.