

INVESTIGAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Rafaela Raulino Nogueira¹
Natasha Seleidy Ramos de Medeiros²
Hemilio Fernandes Campos Coelho³
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro⁴

RESUMO

A acessibilidade das pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental para garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde de forma equitativa. Isso inclui adaptações físicas nas instalações, como rampas, banheiros acessíveis e sinalização adequada, além de garantir atendimento adequado e respeitoso às necessidades específicas dessas pessoas, como comunicação acessível e oferta de serviços especializados quando necessário. Dessa forma essa pesquisa tem por objetivo investigar se as Unidades Básicas de Saúde apresentam adequação da estrutura física para acessibilidade das pessoas com deficiência na perspectiva dos gestores da Atenção Primária à Saúde no SUS. A pesquisa é um recorte da pesquisa multicêntrica “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – Brasil”, sendo composta por pelo menos um estado de todas as regiões geográficas do Brasil. Para esse recorte, levou-se em consideração os gestores respondentes da pesquisa, totalizando um n= 254 profissionais. A questão selecionada envolvia a acessibilidade relacionada a estrutura física das unidades, possuindo como respostas: (I) toda a unidade, (II) alguns espaços, (III) somente na entrada e (IV) não possui. Os resultados apontam que dos 254 gestores que participaram da pesquisa, o maior percentual (37,0%) afirmou que a unidade em que atuam possui adequação da estrutura física em alguns espaços, outros 22% afirmaram a unidade não possuir essa adequação, seguidos daqueles que indicaram haver adequação apenas na entrada do serviço (21,7%) e com o menor percentual (19,3%) haver adequação física em toda a unidade. Diante dos resultados, fica em evidência a necessidade da realização de monitoramento e adequações que busquem garantir essa acessibilidade de estrutura física, primordiais para a promoção da inclusão e o cuidado integral de qualidade para todos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Acessibilidade.

¹ Doutoranda do Curso de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rafaelanogueirajp@hotmail.com;

² Doutoranda do Curso de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, natashaseleidy@gmail.com;

³ Professor orientador: Doutor, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, hemilio.coelho@academico.ufpb.br;

⁴ Professora orientadora: Doutora, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, katiaribeiro.ufpb@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Hoje, podemos enxergar o avanço na atenção à saúde da pessoa com deficiência, embora essa atenção tenha sido deixada de ser pauta principal no Sistema Único de Saúde (SUS) por muito tempo, sendo tratada de forma não prioritária. Tal afirmação é justificada quando analisamos as ações parceladas e pontuais antes realizadas, desalinhadas com os próprios princípios norteadores desse sistema de saúde – integralidade, equidade e universalidade (Campos; Souza; Mendes; 2015).

De acordo com os dados publicados na Pesquisa Nacional de Saúde (2019), através de estimativas, afirmaram que no Brasil existe cerca de 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, isso sem levar em consideração nesse cálculo vale ressaltar que nesse cálculo as deficiências consideradas leves (IBGE, 2021).

Ao visualizar o cenário levando em consideração as regiões brasileiras, assim como no Censo de 2010, a Região Nordeste alcançou a maior taxa de prevalência de pessoas com deficiência, com 9,9%; seguida pela Região Sudeste com 8,1%; Região Sul com 8,0%; Região Norte, 7,7%; e Região Centro-Oeste com percentual de 7,1% (IBGE, 2021).

Desde a Constituição Federal de 1988 (Artigo 196) a saúde é estabelecida como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser ofertada através de um acesso universal e igualitário, tanto das ações como aos serviços visando à proteção, promoção e recuperação da saúde, com o propósito de redução do risco de doenças e outros agravos a saúde. Sendo a consolidação desse direito universal à saúde após a instituição do SUS, através da Lei Nº 8.080/90.

O SUS possui o desafio de concretizar políticas públicas e estratégias capazes de responder de forma completa às necessidades de saúde das pessoas com deficiência, com articulação dos níveis de atenção, buscando a integralidade da assistência através da ampliação do cuidado, além de proporcionar sua acessibilidade em todos os sentidos (Dubow; Garcia; Krug, 2018).

Nesse contexto, por meio da Portaria Nº 793 de 24 de abril de 2012 foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS, com o objetivo de favorecer a ampliação do cuidado e uma atenção à saúde com vistas à integralidade do sujeito através da ampliação de acesso, qualificação no atendimento, integração entre as pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção à saúde nos territórios (Brasil, 2012).

Dentro da RCPD, a Atenção Primária à Saúde como o primeiro nível de atenção, assume o papel de resolubilidade dos problemas comuns de saúde, assumindo sua posição de

coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, mostrando-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, tanto em relação à organização interna quanto a capacidade de superar os desafios sociais, econômicos, demográficos e epidemiológicos (Brasil, 2017; Brasil, 2023; Peiter et al., 2019).

A estrutura física em uma unidade de saúde é de grande relevância no contexto da acessibilidade às pessoas com deficiência, sendo assim, o objetivo desse estudo é investigar a adequação da estrutura física para a acessibilidade das pessoas com deficiência na perspectiva dos gestores da Atenção Primária à Saúde no SUS.

METODOLOGIA

O presente estudo foi caracterizado como descritivo de corte transversal, sendo fruto de um projeto de pesquisa no âmbito multicêntrico denominado: “Avaliação da RCPD com Deficiência no Sistema Único de Saúde – REDECIN/Brasil”. O REDECIN/Brasil foi aprovado por meio de uma chamada do Ministério da Saúde, em específico do Departamento de Ciência e Tecnologia, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A linha escolhida na chamada envolveu o tema em Estudos sobre grau de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018 (Ribeiro et al., 2021).

O REDECIN/Brasil foi desenvolvido com a colaboração das 05 regiões geográficas do Brasil, sendo a região Nordeste representada pelos estados da Paraíba e Bahia; região Norte com participação do Amazonas; região Centro-oeste representada pelo estado do Mato Grosso do Sul; região Sudeste com participação de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo; e a região Sul pelo estado do Rio Grande do Sul.

Foi realizada uma seleção dos municípios dos estados participantes em duas etapas, sendo todas elas por indicação dos membros dos Grupos Condutores estaduais da RCPD. A primeira etapa se referiu a escolha das regiões/macrorregiões de saúde, sendo solicitadas a escolha de três dessas em cada estado, no entanto, essa escolha deveria levar em consideração o nível de implantação da rede em questão, sendo uma região/macrorregião considerada com nível incipiente, outra no nível moderado e outra no nível de implantação avançado.

Após a etapa acima, deu-se continuidade na seleção dos municípios, onde em cada região/macrorregião selecionada, os membros dos Grupos Condutores indicaram dois municípios sendo: (I) um com o maior quantitativo de pontos da rede e (II) outro com o menor quantitativo, totalizando assim, seis municípios em cada Estado. No estado do Mato Grosso do

Sul, foram incluídas todas as regiões de saúde, pois o estado só contava com quatro, acrescentando assim, mais dois municípios na amostra.

Referente a coleta dos dados da pesquisa REDECIN/Brasil, foram direcionados e aplicados questionários aos profissionais e gerentes de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Centros Especializados em Reabilitação (CER), sendo utilizado a aplicação de diferentes instrumentos elaborados pelo grupo de pesquisa, um para cada função e por nível de atenção à saúde. Destaca-se que para o presente artigo, utilizou-se o instrumento (questionário semiestruturado) aplicados aos gerentes da APS.

O questionário semiestruturado aplicados aos gerentes da APS foi dividido em três partes: a primeira parte se destinou a caracterização demográfica e o tempo de vínculo com a atual unidade de saúde; a segunda parte buscou uma avaliação da unidade como equipamento de saúde, considerando sua estrutura para o atendimento à pessoa com deficiência; e a última parte uma avaliação do conhecimento do gestor em relação à RCPD.

Levando em consideração o objetivo e tema abordado no estudo, foi utilizada a segunda parte do instrumento aplicado, considerando a seguinte questão norteadora: *“A unidade apresenta acessibilidade relacionada à estrutura física, com rampas de acesso e corrimão?”*. As respostas para a questão destacada foram dadas em formato de Escala Likert, com as alternativas: (I) Em toda a unidade; (II) Em alguns espaços; (III) Somente na entrada; e (IV) Não possui.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (I) experiência profissional, sendo o mínimo de seis meses; e (II) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo facultada a forma voluntária de participação.

Destaca-se que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, percorrendo e respeitando todas as orientações e recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 13083519.3.1001.5188 e por outros comitês de ética das demais instituições participantes dos estados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo, observamos na Tabela 1, a distribuição geral dos respondentes do questionário aplicado por regiões brasileiras, onde foi observado que a maior concentração de respostas foi do estado da Bahia, sendo o único com percentual acima de 20%, alcançando

25,6%. Outros estados permaneceram na linha dos 10%, sendo: São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, com 16,9%, 13,8% e 13,0%, de modo respectivo. E abaixo desse percentual, vieram os estados do Amazonas (9,1%), Espírito Santo (7,5%) e Paraíba (6,3%).

Tabela 1 – Distribuição descritiva dos respondentes do estudo segundo os Estados Brasileiros. Brasil, 2022.

Estados Brasileiros	n	%
<i>Amazonas</i>	23	9,1
<i>Bahia</i>	65	25,6
<i>Espírito Santo</i>	19	7,5
<i>Minas Gerais</i>	35	13,8
<i>Mato Grosso do Sul</i>	33	13,0
<i>Paraíba</i>	16	6,3
<i>Rio Grande do Sul</i>	20	7,9
<i>São Paulo</i>	43	16,9
Total	254	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Quando questionados sobre a unidade em que atuam apresentar acessibilidade relacionada à estrutura física às pessoas com deficiência, observa-se que o maior percentual de respostas se deteve na alternativa “*Em alguns espaços*”, alcançando percentual de 37%. Com percentuais iguais (22%), encontrou-se as alternativas “*Somente na entrada*” e “*Não possui adequação*”. A menor concentração de respostas estava entre aqueles que afirmavam que toda a unidade possuía tal adequação de estrutura física, perfazendo 19,3% do total de respondentes. Observe tais informações na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Distribuição descritiva geral de todos os estados participantes do estudo ao questionamento: “*A unidade apresenta acessibilidade relacionada à estrutura física, com rampas de acesso e corrimão?*”, segundo as respostas da Escala de Likert. Brasil, 2022.

Respostas – Escala de Likert	n	%
<i>Em toda a unidade</i>	49	19,3

<i>Em alguns espaços</i>	94	37,0
<i>Somente na entrada</i>	56	22,0
<i>Não possui</i>	56	22,0
Total	254	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Embora a RCPD evidenciar objetivos gerais que trilham a ampliação do acesso e qualificação da prestação do atendimento a esse público específico, promoção do vínculo entre os pontos de atenção à saúde e as pessoas com deficiência e suas famílias, bem como a garantia da articulação e integração dos serviços de saúde no território para qualificação do cuidado, pode-se observar barreiras para prestação desse cuidado (Dias; Friche; Lemos, 2019).

As barreiras arquitetônicas ou físicas, geram dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e/ou das edificações, que ofuscam o direito de acesso às pessoas com deficiência. Tais barreiras são: falta de rampas, corrimãos, pisos, largura de portas. Um estudo realizado em 41 municípios do Brasil, apresentou resultados com prédios adaptados e inadequados às necessidades de usuários do SUS que possuíam alguma deficiência ou limitação (Siqueira et al., 2009).

Na Tabela 3 adiante, fica evidente as respostas da questão norteadora levando em consideração as regiões geográficas brasileiras, a região norte apresentou o maior percentual de respostas na categoria de não possuir adequação da estrutura física com 47,8%. As regiões centro-oeste, sudeste e nordeste, concentraram o maior percentual na categoria de adequação em alguns espaços da unidade, com 60,6%, 40,2% e 30,8%, respectivamente. Embora a região nordeste tenha apresentado esse maior percentual citado, observa-se que valor semelhante foi encontrado na categoria de adequação apenas na entrada do serviço.

Tabela 3 – Distribuição descritiva dos gestores da APS referente a questão “*A unidade apresenta acessibilidade relacionada à estrutura física, com rampas de acesso e corrimão?*”, segundo as regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2022.

Regiões Brasileiras	Em toda a unidade	Em alguns espaços	Somente na entrada	Não possui	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Norte</i>	3 13,0	4 17,4	5 21,7	11 47,8	23 100,0
<i>Nordeste</i>	12	25	24	20	81

	14,8	30,8	29,7	24,7	100,0
<i>Sudeste</i>	23	39	18	17	97
	23,7	40,2	18,6	17,5	100,0
<i>Centro Oeste</i>	5	20	4	4	33
	15,2	60,6	12,1	12,1	100,0
<i>Sul</i>	6	6	4	4	20
	30,0	30,0	20,0	20,0	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

A região sul apresentou valores de percentuais iguais para a categoria de adequação em toda a unidade de saúde e a categoria de adequação em alguns espaços da unidade, com 30% das respostas em cada uma delas.

A instituição da RCPD foi um marco para a população com deficiência, se tornando uma agenda estruturante no SUS na condição de uma rede prioritária de saúde. A Portaria de Consolidação N°3, em seu Anexo VI e Artigo 1º, reforçou a instituição da RCPD para todos os tipos de deficiências, através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde do SUS. As deficiências englobadas neste contexto se referem às temporárias ou permanentes, aquelas que progridem, regredem ou são estáveis, bem como as intermitentes ou contínuas (Brasil, 2017).

Em seu Artigo 2º ressalta as diretrizes para funcionamento da rede específica, dentre elas: a garantia de autonomia, independência e liberdade das pessoas com deficiência nas questões voltadas para suas próprias escolhas; promoção da equidade e respeito às diferenças; oferta de cuidado integral e assistência sob a ótica interdisciplinar, garantindo o acesso e qualidade nos serviços; atenção centrada nas necessidades e de forma humanizada; disposição e organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com ações intersetoriais para garantia do cuidado integral, entre outras diretrizes (Brasil, 2017).

A adequação da estrutura física é um fator preocupante para a inserção das pessoas com deficiência em atividades cotidianas, como sua ida em uma unidade básica de saúde, pois a dependência para o desenvolvimento dessa atividade em específico, pode prejudicar sua autoestima, como também seu desenvolvimento intelectual, social e cultural. Sendo assim, esse ponto deve ser colocado em destaque para a real efetivação do que se propõe as portarias existentes, promovendo assim o acesso universal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, fica evidente a necessidade de adequação estrutural das unidades básicas de saúde em qualquer local do Brasil, sendo essa não adequação uma barreira que impede às pessoas com deficiência acessar questões básicas para sua saúde, além de outros cuidados, entendo esse acesso como fundamental para autonomia e independência pessoal desse público específico.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de abril de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 11 de outubro de 2023.
- CAMPOS, M.F.; SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 19, n. 52, p.207-210, 2015.
- DIAS, T.E.C.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **CoDAS [online]**, v. 31, n. 5 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil / IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.139p.
- MARTINS, K.P. et al. Estrutura Interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Cienc Saúde Coletiva**, v.21, n.10, p. 3152-3160, 2016.
- PEITER, C.C. et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Escola Anna Nery [online]**, v. 23, n. 1, 2019.

RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, e200767, 2021.

SIQUEIRA F.C.V. et al. Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian states. **Cien Saude Colet**, v.14, n. 1, p. 39-44, 2009.