

ACESSIBILIDADE PARA ADULTOS E IDOSOS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Kaisy Martins de Albuquerque Madruga¹
Tatiana Ferreira da Costa²
Natália Pessoa da Rocha Leal³
Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa⁴

RESUMO

O acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para a mudança no perfil de adoecimento populacional, gerando um aumento das doenças crônicas e comorbidades, que podem levar à deficiência e incapacidades, gerando dificuldades e impossibilidades de executarem atividades comuns às outras pessoas. Essa população ainda enfrenta problemas em relação às condições de acessibilidade que, muitas vezes, são encontrados nos serviços de saúde. Nesse sentido, a acessibilidade é um importante fator que pode atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso, além de se apresentar como uma forma de aumentar a independência e melhorar a participação social dessa população. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a acessibilidade de adultos e idosos com deficiência em Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de base populacional, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para coleta dos dados utilizou-se um instrumento *checklist* fundamentado na Norma Técnica 9050. Os dados foram analisados em um *software* através de análise descritiva e exploratória. Os resultados expostos nesta pesquisa evidenciaram que as unidades de saúde não têm condições adequadas de acessibilidade para idosos e pessoas com deficiência referente à estrutura física no percurso casa/instituição de saúde. Nesse sentido, se faz necessário, intervenções específicas e dirigidas a esse grupo populacional e a avaliação das políticas públicas vigentes, para efetivar tudo o que é garantido por lei, sendo uma forma de minimizar as dificuldades decorrentes dessas deficiências e promover a atenção integral em saúde.

Palavras-chave: Idosos, Pessoas com Deficiência, Acesso aos Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para a mudança no perfil de adoecimento populacional, gerando um aumento das doenças crônicas e comorbidades, que podem levar à deficiência e incapacidades (KARENY; SILVA, 2017). A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1975, lançou a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência (PcD), que definiu como sendo qualquer pessoa incapaz de assegurar

¹ Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, kaisyjp@hotmail.com;

² Doutora pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, tatxianaferreira@hotmail.com;

³ Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, nataliapessoad@hotmail.com;

⁴ Doutora pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFC, katianeyla@yahoo.com.br;

por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais (RIBAS, 2017; BRASIL, 2015).

Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que mais de um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência, o que equivale a cerca de 15% da população mundial (IBGE, 2010). Desse total, há cerca de 85 milhões na América Latina, com o agravante de que esses números estão aumentando em muitos países da região devido, principalmente, ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas (ROJAS-ROJAS; ARBOLEDA-TORO; PINZÓN-JAIME, 2018).

No Brasil, segundo o censo demográfico, o número de pessoas que se declararam com algum tipo de incapacidade ou deficiência é de aproximadamente 23,9% da população, sendo o primeiro país da América de Sul com maior prevalência, seguido pela Colômbia (6,4%), Costa Rica (5,4%) e Venezuela (4,1%). O percentual brasileiro corresponde, em média, a 45,6 milhões de pessoas que apresentam alguma dificuldade de enxergar, ouvir ou se locomover ou com deficiência mental ou intelectual. Em relação à região, o Nordeste é responsável por concentrar o maior número de acometidos e quanto à idade, predominam as pessoas com 65 anos ou mais, o que atinge mais da metade da população (67,7%) (IBGE, 2010).

A população adulta e idosa com deficiência apresenta limitações físicas e/ou sensoriais que, não raras vezes, geram dificuldades e impossibilidades de executarem atividades comuns às outras pessoas. Diante de toda a história vivenciada pela humanidade, essas limitações contribuem para que haja exclusão no âmbito social, sendo influenciada por problemas de acessibilidade, o que pode interferir no seu desenvolvimento ocupacional, cognitivo e psicológico. Nesse sentido, é preciso assegurar a esses sujeitos o exercício efetivo da cidadania e da convivência social, mediante o direito de liberdade e de autonomia para que possam ir e vir (WAGNER et al., 2010).

As dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações são conhecidas como barreiras arquitetônicas, que impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão - o de se deslocar livremente. Alguns exemplos podem ser citados, como: falta de rampas e de corrimãos, degraus altos, banheiros não adaptados, buracos nas vias públicas, entre outros. Essas barreiras arquitetônicas estão presentes nos serviços de saúde de atenção primária, como encontrado em pesquisa realizada em 41 municípios do Brasil, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários com alguma deficiência ou limitação (SIQUEIRA et al., 2009).

Nessa perspectiva, a Norma Brasileira (NBR) 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (2004) regulamentou o direito à acessibilidade dessa população. Por conseguinte, a acessibilidade envolve as possibilidades de o indivíduo se deslocar com segurança, que tanto depende da mobilidade quanto do ambiente físico. Nos serviços de saúde, há duas dimensões a serem consideradas: a dimensão sócio organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços, e a dimensão geográfica, que está relacionada à distância e ao deslocamento (IBGE, 2010). Esse acesso possibilita que as pessoas utilizem esses serviços de acordo com suas necessidades, em todos os níveis de atenção.

No entanto, ainda são encontrados problemas em relação às condições de acessibilidade. No caso das Unidades de Saúde de Família (USF), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas às PcD ou com limitações, apresentando condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso (SIQUEIRA et al., 2009). Todavia, a atenção primária é um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde dessas pessoas, principalmente, pelo fato dessa população está mais exposta a comorbidades, resultando em maior necessidade de uso desses serviços para a manutenção de sua integridade física e mental (CASTRO et al., 2011).

Convém enfatizar que o fato das PcD, sejam adultos ou idosos, terem a liberdade de experimentar o chegar, fazer e se deslocar sem barreiras é uma sensação de estar vivendo uma vida mais saudável, de perceber que tem melhor a imagem corporal, além do reforço da autoestima. Os benefícios conseguidos por influência da mudança do ambiente e do comportamento dos serviços se refletem nas relações de trabalho e na vida afetiva e social desses indivíduos (NASCIMENTO et al., 2012).

Nesse sentido, a acessibilidade é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso, além de se apresentar como uma forma de aumentar a independência e melhorar a participação social dessa população (CASTRO et al., 2011). Além disso, urge a busca incansável para potencializar as ações de cuidado as PcD na atenção básica, com a complementação de outros serviços de maior complexidade, quando necessários (GIRONDI; SANTOS, 2011).

As organizações de saúde devem exigir um perfil profissional em constante desenvolvimento e com potencial para resolver problemas. O cuidado às pessoas idosas e com deficiência é uma ação interdisciplinar, porém o enfermeiro, por ser um profissional que atua em diversos campos de ação, exercendo atividades de assistência, administração, ensino, pesquisa e integração, torna-se responsável por uma contribuição prática no auxílio a essas

peessoas em seu enfrentamento para que seja vista em sua totalidade (OTHERO; DALMASO, 2009; CRUZ et al., 2015).

Diante do exposto, pode-se perceber que muitas são as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que apresentam alguma deficiência ou incapacidade no que tange à acessibilidade, entretanto, são escassos os estudos sobre a realidade em relação às barreiras arquitetônicas no percurso casa/instituição de saúde. Percebeu-se, então, a necessidade de realizar este estudo, visando proporcionar benefícios para essa população, melhorar a qualidade da assistência de saúde e subsidiar os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações que permitam a adequação da rede básica para garantir o acesso universal aos serviços. Além disso, implicará numa visão crítica sociocultural e não apenas biológica, no intuito de favorecer mudanças positivas de comportamentos em face das questões pertinentes ao campo de reabilitação e integração social dessa população.

Assim, considerando os aspectos abordados, este estudo teve como objetivo avaliar a acessibilidade de adultos e idosos com deficiência em Unidades de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Este município apresenta população estimada de 780.738 habitantes e que tem uma área de 211.475 km². A escolha do local é justificada pelo fato de ser a primeira referência da comunidade no acesso a informações e a serviços de saúde.

No concernente ao Sistema de Atenção à Saúde, João Pessoa é demarcada territorialmente sob a forma de distritos sanitários, para se organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, aos especializados e à assistência hospitalar. É distribuída, territorialmente, em cinco distritos sanitários que recortam toda a sua extensão territorial. Os distritos sanitários estão sob a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde, com a responsabilidade de executar a gestão plena do SUS no âmbito municipal, na perspectiva de formular e implantar políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de boa qualidade para o usuário.

O universo do estudo foi constituído por todos os prédios que compõem as USF do município de João Pessoa, portanto, o estudo é de base populacional. Esse município é dividido em cinco Distritos Sanitários, com um total de 181 USF, das quais, 60 são individuais, 11, com duas equipes, nove, com três, e 18, com quatro, totalizando 98 prédios. Portanto, a amostra do

estudo foi constituída por 90 prédios que compõem as USF. Oito foram excluídos devido à impossibilidade de acesso físico e de riscos de danos e prejuízos para a pesquisadora por falta de segurança.

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2016. Inicialmente, foi feito um contato prévio com os responsáveis por cada distrito sanitário, objetivando a liberação do estudo. Os dados foram coletados pela pesquisadora, através de um instrumento checklist fundamentado na NBR 9050 da ABNT (2004), sendo considerado os seguintes itens: símbolos, sinalizações, circulação externa, passarelas de pedestres, vagas para veículos e semáforos. Para coleta dos dados utilizou-se técnica de observação sistemática e foram realizadas medições utilizando-se fita métrica graduada em centímetros, para mensurar a altura e a largura dos locais, como também observadas a presença de barreiras arquitetônicas nas áreas e vias públicas contíguas aos prédios das USF.

Os dados foram analisados no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 através de análise descritiva e exploratória.

Para a execução desta pesquisa, foram considerados os princípios básicos da Bioética, postulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Pelo o fato da pesquisa não envolver seres humanos não foi necessário a aprovação do Comitê de Ética, apenas a autorização da Secretaria de Saúde do Município em que foi realizada a pesquisa.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 90 prédios que compõem as USF do município de João Pessoa-PB, que é dividido em cinco distritos que recortam toda a extensão territorial dessa cidade, organizam a rede de cuidado e garantem à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar. Com maior número, foi o Distrito III, com 25 prédios (27,7%); em seguida, o Distrito I, com 24 (26,7%); o Distrito II, com 15 (16,7%); o Distrito IV, com 14 (15,6%), e o Distrito V, com apenas 12 (13,3%).

A Tabela 1 aponta ausência de faixa de pedestre (85,6%) e rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos (65,6%) nas USF analisadas. Das obras públicas próximas às USF, 97,8% não estavam protegidas por tapumes. Quanto às calçadas, 70,0% são livres de cadeiras ou outro tipo de mobiliário, 42,2% estão livres de buracos e desnivelamentos e 76,7% têm a largura mínima permitida de 1,50 m. Sobre as placas de sinalização de trânsito, a pesquisa constatou que 31,1% não são visíveis, e 98,9% das USF não apresentam sinalização indicativa

do percurso para a instituição, além da ausência de semáforos munidos de botoeiras de comando (96,7%) e de dispositivo sonoro (100,0%).

Tabela 1: Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo a situação das avenidas de acesso no percurso casa/instituição de saúde. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Faixa de pedestre	13	14,4	77	85,6
Rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos	31	34,4	59	65,6
Obras públicas protegidas por tapume	2	2,2	88	97,8
Calçadas livres de cadeiras ou outro tipo de mobiliário	63	70,0	27	30,0
Calçadas livres de buracos e desnivelamentos	38	42,2	52	57,8
Calçadas com largura mínima de 1,50 m	69	76,7	21	23,3
Placas de sinalização de trânsito visíveis	62	68,9	28	31,1
Sinalização indicativa do percurso para a instituição	1	1,1	89	98,9
Semáforos munidos de botoeiras de comando	3	3,3	87	96,7
Semáforos munidos de dispositivo sonoro	0	0,0	90	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os dados registrados na Tabela 2 mapeiam as condições arquitetônicas nas áreas contíguas aos prédios das USF. Percebe-se que 60% possuíam rebaixamento de guia, 97,8% não dispõem de estacionamento privativo para PcD; 81,1% não apresentam percurso livre de obstáculos da vaga de estacionamento até a entrada da instituição; 100,0% não têm o Símbolo Internacional de Acesso (SIA) em entradas e saídas, e 100,0% das saídas de emergência ou rotas de fuga não têm sinalizações com informações sonoras.

Tabela 2: Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as condições de acesso ao entorno das USF para as pessoas com deficiência. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Acesso ao prédio possui rebaixamento de guia	54	60,0	36	40,0
Possui estacionamento privativo para PcD	2	2,2	88	97,8
Percurso da vaga até a entrada livre de obstáculos	17	18,9	73	81,1
Entradas e saídas possuem o SIA	0	0,0	90	100,0
As saídas de emergência são sinalizadas com informações Sonoras	0	0,0	90	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

DISCUSSÃO

A atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e perto da vida das pessoas, sendo comumente, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é

fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2015).

A acessibilidade é definida pela NBR 9050 (2004) como a possibilidade e a condição de se alcançar, perceber e entender como utilizar com segurança e autonomia as edificações, o espaço, o mobiliário, o equipamento urbano e os elementos. No que diz respeito à acessibilidade física no percurso casa/instituição de saúde para as pessoas idosas e com deficiência, no presente estudo, pode-se evidenciar a ausência de faixa de pedestre em 85,6%. Esse achado corrobora outra pesquisa (FRANÇA et al., 2010).

As faixas de pedestres devem ser aplicadas nas seções de via onde houver demanda de travessia nos semáforos, nos focos de pedestres e no prolongamento das calçadas e dos passeios (ABNT, 2004). A existência dessas faixas funciona como alerta para motoristas, motociclistas, ciclistas e pedestres e é um instrumento educativo no trânsito, visto que, em sua ausência, as pessoas precisam estar mais atentas ao atravessar uma avenida. Portanto, a melhoria nas faixas de pedestres, nos sinais de parada e no mobiliário urbano beneficiará todas as pessoas, com e sem alguma deficiência. Concomitante a isso, em virtude do crescimento e do desenvolvimento das cidades, novas decisões e ações político-administrativas são necessárias para que o progresso não sofra estagnação (GAMACHE et al., 2016).

Em relação ao rebaixamento nas calçadas, a norma recomenda que se localize nas esquinas, nos meios de quadra e nos canteiros divisores de pistas, independentemente de esses locais terem ou não faixas ou semáforo (ABNT, 2004). Não pode haver desnível entre o término do rebaixamento da calçada e o leito carroçável. Nesta pesquisa, 65,6% das USF não apresentaram esse item, o que caracteriza a falta de recursos para o acesso à esses serviços pelos adultos e idosos com deficiência. Portanto, a acessibilidade é uma característica importante do processo de busca e obtenção dos serviços de saúde e sua ausência resultará em pouca utilização (CASTRO; CIEZA; CESAR, 2011).

Ressalta-se que, embora o quantitativo de pessoas que convivem com algum tipo de deficiência seja significativo, o acesso para essa população, nos serviços de saúde, ainda não é satisfatório, isso compromete o desenvolvimento de habilidades pessoais com vistas à promoção da saúde. Além da inadequação do ambiente, observa-se, muitas vezes, o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades dessas pessoas, o que compromete a qualidade de sua vida. No entanto, a promoção do acesso no contexto das práticas de saúde funcionará como um fator multiplicador da consciência social sobre a diversidade humana, o que ampliará as possibilidades de se construir sociedades inclusivas (SOUZA et al., 2012).

No tocante às obras públicas próximas as USF, 97,8% não estavam protegidas por tapumes. Em relação às calçadas, 70,0% são livres de cadeiras ou outro tipo de mobiliário, e 76,7% têm a largura mínima permitida de 1,50 metro. As faixas livres devem ser completamente desobstruídas e isentas de interferências, tais como vegetação, mobiliário urbano, equipamentos de infraestrutura urbana, orlas de árvores, jardineiras, rebaixamentos para acesso de veículos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculo que reduza a largura da faixa livre (ABNT, 2004).

Diferente dos resultados ora encontrados, a maioria de outros estudos apontou calçadas ocupadas por entulhos e mobiliários (cadeiras, cercas, árvores, lixeiras, bancos, iluminação pública, entre outros) (FRANÇA et al., 2010). Com resultados também distintos, uma pesquisa realizada em Nova York identificou problemas com pavimentação nas calçadas (90,0%), barreiras ambientais (80,0%), e cerca de 50,0% apresentou calçadas estreitas. Além disso, os participantes do estudo foram questionados sobre o uso de estratégias para superar as barreiras e relataram que isso depende de planejamento de passeios, pois, muitas vezes, é preciso alterar rotas ou ir mais devagar do que o planejado (GAMACHE et al., 2016).

Barreiras de acessibilidade física reduzem a autonomia na mobilidade de pessoas idosas e com deficiência, uma vez que elas necessitam da cooperação de outros indivíduos. Na Colômbia, um estudo destacou que, em média, 82,0% dessas pessoas gostariam que se aprimorassem as ruas, os parques, as avenidas, as rodovias e os ambientes públicos e os privados, pois isso melhoraria a mobilidade para participarem de atividades que devem ser realizadas diariamente e as de lazer (BARIS; USLU, 2009).

A inadequação das calçadas e das áreas próximas às USF, o que é considerado como um importante serviço de saúde, resulta da precariedade da infraestrutura e interfere no acesso aos espaços destinados à prestação de serviços. Nesse sentido, garantir que calçadas sejam adequadas para usuários beneficia a locomoção tanto os cadeirantes e aqueles que utilizam dispositivos auxiliares de marcha quanto à população sem limitações (GAMACHE et al., 2016).

No que concerne às placas de sinalização de trânsito, 31,1% não são visíveis, e a sinalização indicativa do percurso para a instituição está ausente em 98,9%. A sinalização nas ruas que dão acesso às USF deve ser feita com placas e outros instrumentos que tenham projeção sobre a faixa de circulação, colocados a uma altura de dois metros do piso, e as informações visuais contidas nas placas devem ter textura, dimensionamento e contraste de cor dos textos e das figuras para que sejam perceptíveis por pessoas com baixa visão (ABNT, 2004).

As pessoas idosas e adultos com deficiência visual podem apresentar ausência total da visão ou simples percepção de luz e baixa visão. Essa é a diminuição da capacidade visual,

caracterizada pela percepção de massas, cores e formas, limitação da visão a distância com possibilidade de identificar objetos próximos e pela dificuldade de perceber representações tridimensionais, profundidade, movimento, objetos ou materiais com fundos similares e pouca luminosidade (AMARAL et al., 2012). A sinalização visual é recomendada para indicar o percurso em edifício ou distribuir seus ambientes por meio de setas associadas a textos, figuras ou símbolos. Para indicar a forma tátil, deve-se utilizar recurso do tipo linha-guia ou piso tátil (FRANÇA et al., 2010).

Comparando-se o desempenho funcional, principalmente em atividades de autocuidado e mobilidade, entre pessoas com e sem deficiência visual, observa-se que, nas primeiras, há mais comprometimentos. Essa deficiência impõe restrições ao desenvolvimento, interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas no ambiente. Assim, precisam-se criar práticas educativas para que as aptidões e as necessidades sejam valorizadas de forma singular e individualizada, envolvendo não apenas a pessoa não vidente, mas também sua família e a comunidade (SILVA, 2016).

Em 96,7% das USF, não há semáforos munidos de botoeiras, em que o dispositivo de acionamento deve situar-se à altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso, nem semáforos munidos de dispositivo sonoro que emitam sons entre 50 e 60 decibels (dBA), intermitente e não estridente, ou outro mecanismo alternativo que sirva de auxílio àqueles com limitação visual quando o semáforo estiver aberto para os pedestres. Esse mesmo resultado foi encontrado em outro estudo que caracterizou as condições arquitetônicas de acesso das PcD física e/ou visual às USF (FRANÇA et al., 2010).

As limitações causadas pela cegueira interferem na atuação dessas pessoas na sociedade, e parte dessas limitações pode ser atribuída a barreiras arquitetônicas e humanas, que levam essa população a passar de uma situação de independência para uma condição de dependência. Isso justifica a necessidade de se desenvolverem tecnologias que auxiliem esse indivíduo a ampliar suas capacidades. Embora o ser humano apresente certo grau de subordinação em determinados momentos do ciclo vital, no contexto da perda de visão, ela torna-se mais complexa e envolve a reestruturação de comportamentos, atitudes e práticas solidificadas (SILVA, 2016).

Em um estudo realizado com PcD visual para identificar diagnósticos de enfermagem, um dos encontrados foi mobilidade física prejudicada, pois a maioria dos participantes, mesmo utilizando a bengala, ainda necessitava da ajuda de outros indivíduos, como o suporte físico, além de um senso de direção e equilíbrio aguçados. Esses fatores são influenciados tanto pela peculiaridade de cada indivíduo quanto a problemas na infraestrutura do ambiente que se vive,

como a falta de calçadas niveladas, a falta de sinais sonoros (SOUZA et al., 2012). Assim, andar livremente pelas ruas de forma segura é um dos desafios do cotidiano para essas pessoas.

Em relação às condições arquitetônicas nas áreas contíguas aos prédios das USF, o estudo mostrou que 97,8% não têm estacionamento privativo para idosos e PcD; 81,1% não apresentam percurso livre de obstáculos da vaga de estacionamento até a entrada da instituição e não existe o SIA em entradas e saídas das USF. Isso corrobora os achados de outras pesquisas (FRANÇA et al., 2010; SOUZA et al., 2012).

Concernente à reserva de vagas preferenciais em estacionamentos para as pessoas com alguma limitação de locomoção, é necessário que, nesses locais, também sejam disponibilizadas rampas e que o percurso até os espaços de lazer seja livre de barreiras arquitetônicas. Isso se justifica porque, embora estacionamentos que atendam às normas de acessibilidade se configurem como uma necessidade inicial, considera-se que existem rotas acessíveis que ligam o estacionamento à entrada do estabelecimento (HENNING-SMITH et al., 2013).

Além disso, cabe enfatizar que o preenchimento por outro usuário ou a falta da vaga no estacionamento para idosos e PcD, bem como obstáculos no percurso do estacionamento, poderá impedir o acesso à unidade ou retardar um atendimento imediato em uma situação de emergência, podendo causar danos e sequelas ao paciente.

Essa população, muitas vezes, experimentam desvantagem socioeconômica, pois comumente recebe aposentadoria e benefício por invalidez, dificultando a inserção no mercado de trabalho, seja por condições para desempenhar as funções ou por oportunidades (NOGUEIRA et al., 2016). Portanto, não é surpreendente que necessitem de mais cuidados relacionados à saúde, e que na busca por esses serviços enfrentem barreiras ambientais, estruturais e culturais. Na perspectiva ora referida, pesquisa nos EUA constata que 40,0% das PcD têm dificuldades com relação ao acesso com transporte para os locais de saúde (HENNING-SMITH et al., 2013).

A respeito desse aspecto, o difícil acesso de pessoas idosas e adultos com algum tipo de deficiência às áreas circunvizinhas às USF também corrobora o enunciado de outros autores segundo os quais a acessibilidade urbana é permeada por relações entre objetos que, quase sempre, têm grande carga simbólico-afetiva com os usuários desse espaço e que podem incentivar, deprimir, cuidar ou, até, pôr em risco o bem-estar das pessoas que utilizam esse espaço (FRANÇA et al., 2010).

Quanto às sinalizações com informações sonoras nas saídas de emergência ou rotas de fugas, não existem nas USF pesquisadas. Os alarmes sonoros devem atender às seguintes

condições: ter intensidade e frequência entre 500 Hz e 3 000 Hz; frequência variável alternadamente entre som grave e agudo, se o ambiente tiver muitos obstáculos sonoros (colunas); intermitência de uma a três vezes por segundo; intensidade de, no mínimo, 15 dBA superior ao ruído médio do local ou 5 dBA acima do ruído máximo do local. Recomenda-se adotar em ambientes internos valores entre 35 dBA e 40 dBA, e em ambientes externos, valores entre 60 dBA a 80 dBA. Deve-se utilizar o valor de 60 dBA (ABNT, 2004).

A deficiência auditiva pode ser considerada como a mais difícil de conviver na sociedade, pois a audição é o sentido essencial para a aquisição e o uso da linguagem, e sua ausência pode levar à exclusão. Em um estudo realizado na Turquia mostrou que 39,1% das pessoas com dificuldade de audição precisavam de alguma ajuda para se deslocar de um local para outro (BARIS; USLU, 2009).

De acordo com os discursos analisados em um estudo realizado no município de São Paulo, aproximadamente metade das PcD também relatou ter necessidade de acompanhantes. Elas ressaltaram a ligação entre a dependência e a fragilidade, mostrando uma estreita relação entre o suporte oferecido a PcD e a execução de tarefas diárias (CASTRO et al., 2011).

Considerando o exposto em relação à presença da família ou do cuidador, é importante ressaltar que desempenham um importante papel na saúde da pessoa adulta e idosa com deficiência, no que diz respeito ao contato direto com os profissionais da área de saúde, razão por que devem receber instruções que complementem o tratamento dessas pessoas. Pois, destaque-se que, muitas vezes, ficam dependentes da família, contudo nem sempre os membros podem acompanhá-las quando necessitam utilizar o serviço de saúde, e isso dificulta o acesso ao atendimento oportuno. A maioria dessas pessoas ficam privadas do seu direito à saúde por não ter acessibilidade para se deslocar livremente.

Nesse contexto, as possibilidades de o enfermeiro atuar diante do paciente com algum tipo de deficiência contemplam o cuidado e a educação em saúde para o autocuidado dessas pessoas, a fim de atender a todas as suas necessidades. Outro aspecto para o qual se deve atentar é a inserção dessa categoria profissional nas instituições de apoio às pessoas idosas e aqueles com deficiência, não apenas no concernente à reabilitação, mas também aos aspectos de promoção e acessibilidade à saúde (RODRIGUES et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados expostos nesta pesquisa evidenciaram que as USF do município de João Pessoa-PB não têm condições adequadas de acessibilidade para as pessoas com deficiência

física e/ou sensorial referente à estrutura física no percurso casa/instituição de saúde. Foram constatados aspectos como ausência de faixa de pedestre, rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos, sinalização indicativa do percurso para a instituição, semáforos munidos de botoeiras e de dispositivo sonoro, estacionamento privativo para PcD, o SIA em entradas e saídas, entre outros.

No Brasil, existe legislações voltadas para os direitos da pessoa com deficiência. No entanto, elas ainda precisam ser efetivamente implementadas e fiscalizadas para que se possa construir ações conjuntas para prevenir deficiências e facilitar a acessibilidade, o que possibilitará a verdadeira inclusão social desse público.

Este estudo é um primeiro passo para melhorar a gestão e o planejamento dos serviços de saúde para pessoas com deficiência. No entanto, algumas limitações estiveram relacionadas à inexistência na literatura de estudos intervencionais no Brasil destinadas à acessibilidade dessa população. Isso requer o desenvolvimento de novas pesquisas nessa área, a fim de ampliar o conhecimento sobre a influência do meio ambiente e de fatores que interferem no livre acesso dessas pessoas, como também a validação de instrumentos específicos que possam trazer dados mais fidedignos sobre essa acessibilidade.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. *NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano*. Rio de Janeiro, 2004.

AMARAL, F.L.J.S. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012.

AZEVEDO, T.R et al. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. *Enfermería Global*. Espanha, v. 14, n. 1, p. 319-327, 2015.

BRASIL. Lei nº. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BARIS, M.E; USLU, A. Accessibility For People With Disabilities In Urban Spaces: A Case Study of Ankara, Turkey. *International Journal of Architectural Research*, v. 4, n. 9, p. 801-814, 2009.
- CASTRO, S.S.; CIEZA. A.; CESAR, C.L.G. Problems with accessibility to health services by persons with disabilities in São Paulo, Brazil. *Disability and Rehabilitation*. v.33, n. 17, p. 1693–169, 2011.
- CASTRO, S.S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.
- CRUZ, D.M. ET AL. Redes de Apoio à Pessoa com Deficiência Física. *Ciencia y Enfermería*, Chile, v. XXI, n. 1, p. 22-33, 2015.
- FRANÇA, I.S.X. et al. Symbolical violence in the access of disabled persons to basic health units. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 964-970, 2010.
- GAMACHE, S. et al. Development of a measure of accessibility to urban infrastructures: a content validity study. *Medical Research Archives*. Canada, v. 4, n. 5, p. 1-25, 2016.
- GIRONDI, J.B.R.; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*, v.32, n. 2. p.378-84, 2011.
- GOMES, L.; EMMEL, M.L.G. Mapeamento da acessibilidade em edifícios públicos de cultura/Accessibility mapping in cultural public buildings. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 519-530, 2016.
- HENNING-SMITH, C. et al. Delayed and Unmet Need for Medical Care Among Publicly Insured Adults With Disabilities. *Medical Care*, EUA, v. 51, n. 11, p. 1015-1019, 2013.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf

>. Acesso em: 26 jun. 2018

KARENY, S.J.; SILVA, O.B.R.N. The meaning of caring for a dependent elderly woman after a stroke. *Av Enferm* v. 35, n. 2, p. 208-218, 2017.

NASCIMENTO, V.F.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.

NOGUEIRA, G.C; et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 21, n. 10, p. 3131-42, 2016.

OTHERO, M.B; DALMASO, A.S.W. Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, 2009.

RIBAS, J. *Preconceito contra as pessoas com deficiência: as relações que travamos com o mundo*. São Paulo: Cortez, 2017.

ROJAS-ROJAS, L. M.; ARBOLEDA-TORO, N.; PINZÓN-JAIME, L. J. Caracterización de población con discapacidad visual, auditiva, de habla y motora para su vinculación a programas de pregrado a distancia de una universidad de Colombia. *Educare*, v. 22, n. 1, 2018.

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

SILVA, K.A. Acessibilidade para deficientes visuais: um estudo nos museus de Belo Horizonte. *Rev. Temas em Educação*, João Pessoa, v. 25, n. 1, p. 91-113, 2016.

SOUZA, E.L.V. et al. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual. *Rev. Rene*, Fortaleza, v.13, n.3, p. 542-551, 2012.

WAGNER, L.C. et al., Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. *Ciência em Movimento*, Porto Alegre, v. 12, n. 23, p. 55-67, 2010.