



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Iomar Mendes de Sousa

**ACESSIBILIDADE PARA USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DE IMPERATRIZ - MA**

São Luís
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IOMAR MENDES DE SOUSA

**ACESSIBILIDADE PARA USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DE IMPERATRIZ**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede Nordeste em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, para à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado.

São Luís

2016

IOMAR MENDES DE SOUSA

**ACESSIBILIDADE PARA USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DE IMPERATRIZ**

Dissertação aprovada em ____ de _____ de 2016, pela banca examinadora constituída pelos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof.^a Dr.^a. Rejane Christine de Sousa Queiroz

Prof.^a Dr.^a. Liberata Campos Coimbra

Prof.^a Dr.^a. Ana Margarida Melo Nunes

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica

Sousa, Iomar Mendes de.

Acessibilidade para Usuários com Deficiência nas Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz / Iomar Mendes de Sousa.- 2016.

78 p.

Orientador(a): Rejane Christine de Sousa Queiroz.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Acessibilidade. 2. Pacientes com Deficiência. 3. Unidade Básica de Saúde. 4. PMAQI. Título.

*Dedico essa dissertação a minha esposa Elizânia Sousa do Nascimento, pelo amor constante e apoio incondicional. Aos meus filhos, Benjamin do Nascimento Mendes e Emanuel do Nascimento Mendes, razão da minha alegria.
Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor da minha fé e por ter me concedido a grata oportunidade de conquistar mais um sonho, o Mestrado na RENASF.

À Elizânia Sousa do Nascimento, pelo amor, carinho, confiança, além da compreensão e incentivo constante. Amo você!

Aos nossos filhos, Benjamim Mendes e Emanuel Mendes luz e alegria das nossas vidas, bálsamo para dias de estudos e viagens longas.

À minha família, por sempre estar ao meu lado me ajudando a superar cada dificuldade que encontrei até chegar aqui. Declaro meu amor e carinho a todos vocês!

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a. Rejane Cristine Sousa Queiroz, obrigado pela compreensão, paciência e pelo empenho e dedicação na orientação dessa dissertação. Sua generosidade será guardada como um grande presente que levarei comigo.

Às minhas amigas da turma de Mestrado, pelo prazer de conhecê-las e ao longo desses dois anos construir uma amizade sincera e inesquecível.

À professora Liberata Campos Coimbra, nossa coordenadora, sempre nos incentivando a sonhar.

A todas as professoras e professores da família RENASF/UFMA, muito obrigado!

À Universidade Federal do Maranhão por ter viabilizado a realização do Mestrado Profissional em Saúde da Família - RENASF e por torná-lo possível.

SOUSA, Iomar Mendes de. Acessibilidade para Usuários com Deficiência nas Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz, 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 78p.

RESUMO

Introdução. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o local por excelência do atendimento do usuário com deficiência, porém temos encontrado nas UBS e no seu entorno a presença de barreiras arquitetônicas, que impedem a acessibilidade aos serviços de saúde. **Objetivos.** Analisar as características das UBS referentes a acessibilidade aos usuários com deficiência no município de Imperatriz- MA. **Método.** Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa de avaliação das UBS obtidas em dois momentos: na primeira avaliação do PMAQ-AB (2012) e na avaliação in loco pelo pesquisador (2016). Foram analisadas variáveis referentes às seguintes dimensões: acessibilidade externa; interna; para pacientes com deficiência auditiva, para pacientes com deficiência visual e do entorno da UBS. Visando avaliar as mudanças ocorridas após a adesão do PMAQ-AB, foram construídas três categorias de UBS. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis. As análises estatísticas foram realizadas por meio dos softwares Stata, versão 11.0 e Microsoft Excel (2010). **Resultados.** Das 36 UBS, constatou-se que 16 (44,45%) funcionavam em prédios alugados. *Acessibilidade Externa:* dos 8 itens avaliados, houve mudanças ao longo dos anos entre as UBS que aderiram ao PMAQ-AB. Destaca-se que todas as 36 UBS, independente da adesão ao PMAQ-AB sofreram modificações (adequação ou inadequação) em relação às seguintes variáveis: calçadas, tapete; piso antiderrapante; piso regular; piso liso; rampa e corrimão. Destaca-se a ausência do corrimão em rampa de acesso em todas as UBS avaliadas em 2012, e a presença em apenas 3 em 2016. *Acessibilidade Interna:* presença de banheiros adaptados em 4 (5,6%) em 2012 e 6 (16,7%) em 2016. Em 20 UBS que participaram do 1º e/ou 2º ciclo do PMAQ-AB sofreram modificações, cujo espaço para cadeira de rodas estava inadequado em 5 (25%) UBS e 9 (45%) UBS tiveram adequações para bebedouro adaptado, em 2016. Do total de UBS avaliadas tanto em 2012 quanto em 2016, apenas 7 (19,4%) apresentavam cadeiras de rodas disponíveis. *Acessibilidade para portadores de deficiência auditiva e visual:* apenas profissionais para acolhimento houve melhorias

na adequação, 8 UBS ficaram inadequadas para sinalização visual. *Acessibilidade do entorno da UBS*: ausência de semáforos com sinal sonoro 36 (100,00%); de faixas de pedestre e guias rebaixadas 34(94,4%); de plataformas ou abrigos de ônibus 30 (83,3%); de espaço para cadeira de rodas 3 (9,1%). **Conclusão:**Há inadequações para acessibilidade aos usuários com deficiência nas UBS do município de Imperatriz. O PMAQ-AB foi capaz de potencializar e induzir melhorias na estrutura das UBS, ainda que de forma incipiente, havendo necessidade de melhorias na infraestrutura tanto das UBS quanto do seu entorno.

Palavras Chave: Acessibilidade, Pacientes com Deficiência, Atenção Primária à Saúde, PMAQ.

SOUSA, Iomar Mendes. Accessibility for Users with Disabilities in Basic Health Units of Imperatriz, 2016. Dissertation (Professional Masters in Health) Federal University of Maranhão, São Luís, 78p.

ABSTRACT

Introduction. The Basic Health Unit (UBS) is the place of excellence for the care of the disabled user, but we have found in the Basic Health Units (UBS) and in their surroundings the presence of architectural barriers, which prevent accessibility to health services. **Goals.** To analyze the characteristics of UBS regarding accessibility to disabled users in the municipality of Imperatriz-MA. **Method.** The present study deals with a descriptive, quantitative approach to assess the architectural conditions of accessibility in the Basic Health Units of the municipality of Imperatriz obtained in two moments: in the first evaluation of the PMAQ-AB (2012) and in the second moment through the evaluation *In loco* by the researcher in (2016). Variables related to the following dimensions were analyzed: external accessibility; Internal accessibility; Accessibility for hearing impaired patients, accessibility for patients with visual impairment and accessibility of the UBS environment. Aiming to evaluate the changes that occurred after the adhesion of the PMAQ-AB, three categories of Basic Health Units were constructed according to their participation in the PMAQ-AB. Absolute and relative frequencies were also calculated for the variables. Statistical analyzes were performed using Stata software, version 11.0 and Microsoft Excel (2010). **Results:** Of the 36 UBS, it was found that 16 (44,45%) operated in rented buildings. **External Accessibility:** of the 8 evaluated items, there were changes over the years between the UBS that adhered to the PMAQ-AB. It is noteworthy that all 36 UBS, regardless of the adherence to the PMAQ-AB, were modified (adequacy or inadequacy) in relation to the following variables: sidewalks, carpet; Non-slip floor; Regular floor; Flat floor; Ramp and handrail. It is worth mentioning the absence of the ramp access ramp in all the UBS evaluated in 2012, and the presence in only 3 in 2016. **Internal Accessibility:** presence of adapted bathrooms in 4 (5,6%) in 2012 and 6 (16,7%) in 2016. In 20 UBSs that participated in the 1st and / or 2nd cycles of PMAQ-AB, modifications were made, with wheelchair space inadequate in 5 (25%) UBS and 9 (45%) UBS had adequate Adapted drinking water in 2016. Of the total UBS assessed in both 2012 and 2016, only 7 (19,4%) had wheelchairs available.

Accessibility for the hearing and visual impaired: only professionals for the host had improvements in the adequacy, 8 UBS were inadequate for visual signaling. Accessibility of the surroundings of the UBS: absence of semaphores with sound signal 36 (100%); Of pedestrian lanes and lowered guides 34 (94,4%); Of platforms or bus shelters 30 (83,3%); Of space for wheelchairs 3 (9,1%). **Conclusion:** There are inadequacies for accessibility to users with disabilities in the UBS of the municipality of Imperatriz. The PMAQ-AB was able to potentiate and induce improvements in the structure of the UBS, although in an incipient way, necessitating improvements in the infrastructure of both UBS and its surroundings.

Keywords: Accessibility, Patients with Disabilities, Primary Health Care, PMAQ.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de localização de Imperatriz, Maranhão, Brasil.....	32
Figura 2 - Rampa de acesso sem corrimão, área externa de UBS-A.Imperatriz, 2012.....	37
Figura 3 - Rampa de acesso com corrimão, área externa de UBS-A. Imperatriz, 2012.....	38
Figura 4 - Rampa de acesso sem corrimão, área externa da UBS-B. Imperatriz. 2012.....	38
Figura 5 - Rampa de acesso sem corrimão, área externa da UBS-B. Imperatriz. 2016.....	39
Figura 6 - Banheiro não adaptado, área interna de UBS. Imperatriz, 2016.....	39
Figura 7 - Banheiro não adaptado, área interna de UBS. Imperatriz, 2016.....	40
Figura 8 - Bebedouro adaptado em UBS. Imperatriz, 2016.....	41
Figura 9 - Bebedouro adaptado em UBS. Imperatriz, 2016.....	41
Figura 10 - Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.....	49
Figura 11 - Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.....	50
Figura12 - Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.....	50
Figura 13 - Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz,2016.....	51
Figura 14 - Parada de ônibus, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.....	51
Figura 15 - Parada de ônibus, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.....	52
Figura 16 - Parada de ônibus, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Acessibilidade externa nas UBS, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012 e 2016.....	43
Tabela 2- Acessibilidade interna nas UBS, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012 e 2016.....	44
Tabela 3- Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012 e 2016.....	45
Tabela 4- Unidades Básicas de Saúde que realizaram adequações nos itens de acessibilidade, segundo participação no PMAQ-AB. Imperatriz, 2016.....	46
Tabela 5- Unidades Básicas de Saúde que sofreram inadequações nos itens de acessibilidade, segundo participação no PMAQ-AB. Imperatriz, 2016.....	47
Tabela 6- Acessibilidade do entorno, rotas acessíveis da área externa das UBS. Imperatriz, 2016.....	48

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- População de Imperatriz, segundo principais tipos de deficiência.....	22
Quadro 2- Variáveis utilizadas para análise do estudo.....	33
Quadro 3- Variáveis sobre acessibilidade do entorno das UBS.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas.

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade

AB- Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

DAB- Departamento de Atenção Básica

ESF- Estratégia Saúde da Família

GM- Gabinete Ministerial

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MA- Maranhão

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PB- Paraíba

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ-AB- Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

RS- Rio Grande do Sul

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo Geral.....	20
2.2	Objetivos Específicos.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	Pessoas com Deficiência e Acessibilidade.....	21
3.2	Acessibilidade como Fator de Inclusão.....	23
3.3	Avaliação em Saúde.....	26
3.4	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB)	28
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Tipo de Estudo.....	31
4.2	Local e população de estudo.....	31
4.3	Instrumentos e Coleta de Dados.....	32
4.4	Variáveis.....	33
4.5	Análise dos Dados.....	35
4.6	Aspectos Éticos.....	35
5	RESULTADOS.....	36
6	DISCUSSÃO.....	53

6.1 Acessibilidade Externa.....	54
6.2 Acessibilidade .Interna.....	56
6.3 Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual.....	58
6.4 A acessibilidade no entorno das UBS.....	59
7 CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados, rotas acessíveis da área externa das UBS.....	73
ANEXO 1- Questionário avaliação externa do PMAQ-AB, módulos.....	74
ANEXO 2-Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77
ANEXO 3- Requerimentos de solicitação para aplicação de instrumento de coleta de dados nas UBS.....	78

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais pilares de consolidação do Sistema Único de Saúde(SUS) é a escolha da atenção primária como principal porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Tal afirmação é verdadeira pela “escolha da Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal meio de reestruturação das políticas de atenção básica” (GIOVANELLA *et al.*; 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem entre seus principais fundamentos as seguintes ações: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita; valorizar os profissionais de saúde através da formação e capacitação e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012).

Desta forma, a ESF não é uma proposta marginal, mas, vem substituir o modelo vigente, sintonizado com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações (BRASIL, 2000; SCHERER *et al.* 2005).

É interessante destacar que o principal objetivo da ESF, “é reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS” (ROSA e LABATE, 2005).

De acordo com Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a atenção básica deve ser a porta de entrada desse usuário, onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o local por excelência do seu atendimento, devido a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e das necessidades. (BRASIL, 2008).

Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos. Diante dessa afirmação, podemos entender que o processo natural de envelhecimento leva ao surgimento de um grande número de pessoas que terão dificuldades na mobilidade, em virtude de fatores como doenças crônicas e situações de adoecimento incapacitantes como:

acidentes de trânsito, diabetes, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais, câncer etc.

Os serviços de saúde, os profissionais e as equipes devem estar prontos para atender as necessidades de saúde das pessoas com deficiências, entretanto o que se observa referente aos ambientes, é a presença constante de barreiras “arquitetônica e urbana, como fatores importantes na determinação da possibilidade de acessar os serviços de saúde, pois muitas pessoas com deficiência têm dificuldades de deslocamento nesses espaços” (DE SOUZA e ROCHA, 2010). Entendendo essa necessidade, o Ministério da Saúde afirma que as unidades básicas de saúde (UBS), ou seja, “a ESF deve propiciar ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário (BRASIL, 2008).

No Brasil houve um avanço considerável no que se refere às políticas públicas para pessoas com deficiências. Uma das ações mais importantes foi a promulgação do decreto n.º 5.296 de 02/12/2004, chamado de decreto da acessibilidade, onde segundo esse decreto a definição de acessibilidade é:

Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

O Censo de 2010 desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou que 23,9%, ou seja, 45,6 milhões de pessoas tinham pelo menos um tipo de deficiência, e que na sua grande maioria são usuários do SUS (IBGE, 2010).

Segundo dados de fevereiro de 2016 do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, a ESF está presente em aproximadamente 98,09 % dos municípios brasileiros, destacando-se também o crescimento exponencial da cobertura populacional brasileira pela ESF que segundo dados de fevereiro de 2016 correspondiam a 63,99% dos 5.570 municípios de todo país. No entanto, esse grande avanço da ESF “trouxe consigo a necessidade de criação de metodologias que impulsionassem

processos de melhoria contínua da qualidade da atenção, garantindo que as ações em saúde estejam de acordo com os princípios e diretrizes da ESF” (BRASIL, 2010).

Diante da necessidade de uma melhoria contínua na prestação dos serviços de saúde, foi que o Ministério da Saúde desenvolveu:

A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Baseada em uma metodologia de auto-avaliação e autogestão, tem a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, possibilitando aos atores diretamente envolvidos com o fazer em saúde – seja no plano gerencial ou assistencial – a apropriação de métodos e ferramentas tanto para a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e práticas, quanto para a construção de projetos de intervenção sobre os desafios identificados (BRASIL, 2010)

Foi com base nessa e em outras experiências de avaliação que o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB, através da Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011. É interessante destacar que segundo o próprio Ministério da Saúde o principal objetivo do PMAQ-AB é:

É induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2011).

Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012) para tentar alcançar esses objetivos pretendidos, o PMAQ vinculou parte importante dos recursos de financiamento da atenção básica a implantação de padrões de qualidade. Um ponto que deve ser levado em consideração é perceber o PMAQ-AB, no contexto da PNAB, onde o seu papel está relacionado ao redesenho do financiamento da Atenção Básica (AB) (PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases, que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Fase 1 - Adesão e contratualização; Fase 2 - Desenvolvimento; Fase 3 - Avaliação externa; e Fase 4 – Recontratualização (BRASIL, 2011a). A terceira etapa, a da Avaliação Externa, inclui um conjunto de ações direcionadas à certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção prestadas pelas equipes participantes do PMAQ-AB.

Convém destacar que poucos trabalhos têm se dedicado a estudar a relação estrutural das UBS e a influência na acessibilidade. E apesar de vencidas mais de duas décadas de implementação do SUS, constata-se a escassez de dados sobre o acesso da população com deficiência ou restrição permanente de mobilidade a esse sistema, em especial, nas regiões menos favorecidas socioeconomicamente.

O interesse no desenvolvimento da pesquisa surgiu em virtude da vivência como profissional da ESF, o que possibilitou o conhecimento da realidade de acessibilidade de algumas UBS do município de Imperatriz. Por essa razão, pretende-se compreender o papel do PMAQ-AB como indutor ou não de melhorias nas condições de acessibilidades de usuários com deficiência nas UBS do município.

Face ao exposto surgiu um questionamento principal em torno de melhorias ou não das Unidades Básicas de Saúde: “Será que as Unidades Básicas de Saúde estão melhores após a adesão ao PMAQ-AB?”

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a acessibilidade aos usuários com deficiência Nas Unidades Básicas de Saúde no município de Imperatriz.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as unidades básicas de saúde quanto às dimensões de acessibilidade externa e interna e para pessoas com deficiências auditiva e visual;
- Identificar adequações da estrutura para a acessibilidade das pessoas com deficiências nas unidades básicas de saúde e no seu entorno;
- Verificar mudanças na estrutura para acessibilidade das pessoas com deficiência ocorridas após adesão ao PMAQ-AB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Pessoas com deficiência e acessibilidade

Falar de assuntos que abordam pacientes com necessidades especiais é um tema abrangente, que pressupõe, sobretudo, fazer uma imersão sobre o conceito de deficiência. Pois, deficiência é um “conceito em evolução”, onde as definições mais abrangentes e aceitas atualmente levam em conta que “deficiência” não é um atributo da pessoa (OMS, 2011).

A Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência conceitua deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2008).

Convém destacar que muitos são os termos adotados para designar pessoas com algum tipo de deficiência, pois “fica claro que a deficiência é um conceito, que via de regra resulta da interação entre estas pessoas e as barreiras que impedem a sua plena e efetiva participação na sociedade” (DIETER *et al.*, 2012).

Ao longo do tempo encontramos uma grande variedade de termos para referir-se a pessoas com algum tipo de deficiência, seja ela motora, visual, auditiva ou mental. Mas, como exemplo destacamos os seguintes termos: “pessoas com deficiência”; “portador de deficiência” e “pessoas com necessidades especiais”. Esse último surgiu primeiramente para substituir “deficiência” por “necessidades especiais” daí a expressão “portadores de necessidades especiais” (SASAKI, 2003). Atualmente, a expressão “pessoas com deficiência” passou a ser preferida por um número cada vez maior de adeptos, talvez por fazer parte do texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência, elaborado pela ONU em 2003 (CAMBIAGHI, 2007).

Para Vasconcelos e Pagliuca (2006) as pessoas com deficiência possuem limitações físicas, sensoriais ou mentais que muitas vezes geram dificuldades e impossibilidades de execução de atividades comuns às outras pessoas, resultando em muitos casos na dificuldade de deslocamento de um lugar a outro.

Embora se conheça diversos conceitos como já mencionados, no presente trabalho será utilizado o termo mais contemporâneo, a saber, pessoa com deficiência, enfatizando dessa forma a pessoa e não a deficiência, pois lidamos diariamente com trabalhadores, crianças, adolescentes, idosos e mulheres com deficiência.

Nos últimos anos mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (OMS, 2011). De acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 24% da população brasileira possuem pelo menos, um tipo de deficiência mental, física, visual ou auditiva. O Maranhão apresenta um percentual maior (25%) e o município de Imperatriz, da região sul do Maranhão destaca-se com 23,55% (58.276 pessoas), sendo a quinquagésima sétima cidade brasileira com maior número de pessoas com algum tipo de deficiência e a segunda do estado (IBGE, 2010). Convém destacar que em Imperatriz, parte da população declarada com algum tipo de deficiência auditiva, visual, motora e mental/intelectual são caracterizadas com grandes dificuldades de locomoção. Conforme, quadro abaixo.

Quadro 1- População de Imperatriz, segundo principais tipos de deficiência.

Tipo de deficiência	(%)	Nº de habitantes
Visual		
não consegue de modo algum	0,23	582
grande dificuldade	3,65	9.043
alguma dificuldade	15,01	37.147
Auditiva		
não consegue de modo algum	0,17	429
grande dificuldade	0,77	1.909
alguma dificuldade	4,06	10.039
Motora		
não consegue de modo	0,47	1.155

algum		
grande dificuldade	1,74	4.297
alguma dificuldade	4,16	10.290
Mental/ Intelectual	1,39	3.430
Total	23,55	58.276

Fonte: Adaptado IBGE, CENSO (2010).

3.2 Acessibilidade como fator de Inclusão

O conceito de acessibilidade na saúde possui várias abordagens, com os mais variados enfoques, muitas vezes é confundido com outros termos como “acesso” e “disponibilidade”. Para Travassos (2004), acesso é um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto.

Já segundo Castro (2011) o acesso é a capacidade dos usuários para buscar e obter atenção em saúde, enquanto que disponibilidade é entendida como presença dos recursos de atenção em saúde tendo em conta sua produtividade, ou seja, sua capacidade para produzir serviços.

Para Donabedian (2003), acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Esse mesmo autor faz uso do conceito de acessibilidade para demonstrar um avanço e uma maior abrangência do conceito de acesso. Então, acessibilidade pode ser entendida segundo duas dimensões: a sócio-organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços e a geográfica, que correlaciona-se com as variantes do tempo e espaço, ou seja, a distância e tempo de locomoção, custo da viagem que os usuários gastam para acessar os serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Conforme evidencia Castro (2011), a acessibilidade compreende também o universo ao redor e a interface entre a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde, devendo levar em conta outros conceitos como a “resistência”, que pode ser entendido como o conjunto de obstáculos enfrentados na busca e obtenção dos serviços de saúde.

Acessibilidade é a capacidade de alcançar, compreender, ou abordar algo ou alguém. Porém, nosso enfoque dar-se-á no conceito de acessibilidade

como possibilidade e condições de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliário e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 1994; BRASIL, 1998).

Este conceito foi ampliado e, atualmente, a acessibilidade configura-se como um paradigma da inclusão, entendendo-se que as barreiras são mais complexas e vão além da questão mobilidade (WAGNER *et al.*, 2010).

Para Soares *et al.* (2014) a acessibilidade integral é a possibilidade de uso com segurança e conforto de objetos, equipamentos e ambientes de maneira independente e autônoma pelo maior número possível de indivíduos.

Na visão de Cipriano e Monção (2013), perceber a necessidade de propiciar melhores condições de acessibilidade aos portadores de deficiência física requer desenvolver a sensibilidade e reconhecer que a deficiência vai além do que está implícito ou visível.

Segundo o Ministério da Saúde para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é de fundamental importância que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência (BRASIL, 2008).

Então, promover a acessibilidade significa remover barreiras arquitetônicas, urbanísticas ou ambientais que impeçam a aproximação, a transferência ou a circulação (BRASIL, 2004).

Entretanto, entre a necessidade de serviços e sua satisfação há a questão da acessibilidade aos serviços que, se não for adequadamente trabalhada, pode fazer com que a pessoa com deficiência enfrente obstáculos que inviabilizem o seu acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, a acessibilidade consiste em um dos fundamentos principais para a qualidade de vida e o pleno exercício da cidadania pelas pessoas com deficiências (Silva *et al.*, 2016).

Para Wagner e colaboradores (2010), as pessoas com deficiência enfrentam comumente limitações em sua vida diária, intimamente relacionadas a problemas de acessibilidade, ou seja, às condições que permitam o exercício da autonomia e a participação social do sujeito, podendo interferir ou prejudicar no seu desenvolvimento ocupacional, cognitivo e psicológico, contribuindo para

a sua exclusão social. Por isso, a acessibilidade das pessoas com deficiências nos mais diversos ambientes sociais é outra garantia de extrema relevância a ser conquistada (DE ROSÁRIO *et al.*,2013).

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, acessibilidade é um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2008). Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.

Segundo Siqueira e colaboradores (2009), as barreiras arquitetônicas impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que podemos citar como barreiras arquitetônicas.

No sentido de apontar as principais situações que impedem as condições de acessibilidade nas edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, o Manual de Acessibilidade da ABNT (2004), cita os seguintes obstáculos e barreiras arquitetônicas:

- Ausência de sinalização tátil no chão, identificação desse mobiliário urbano pelos deficientes visuais;
- Falta de manutenção de ruas e calçadas, bueiros sem tampa ou grades de proteção;
- Ausência de orelhão, extintores de incêndio e caixas de correio adaptados à altura compatível com usuários de cadeira de rodas (a 1m do chão);
- Salas de aula, teatros, anfiteatros e ginásios sem vagas ou espaços nos corredores entre as poltronas, carteiras, arquibancadas para cadeiras de rodas;
- Escadas sem corrimão e sem contraste de cor nos degraus;
- Ausência de corrimãos e/ou guarda-corpos normatizados;
- Ausência de banheiros adaptados,
- Ausência de rampas de acesso para cadeirante;
- Pouca iluminação;

- Desníveis nas portas que sejam maiores que 5 cm;
- Portas e corredores estreitos (menor que 85 cm)- catracas sem porta alternativa;
- Portas emperradas e com maçanetas roliças ao invés do tipo alavanca, principalmente em banheiros adaptados;
- Banheiros sem identificação escrita, ao invés de símbolo que designem o gênero (para identificação dos analfabetos) e em relevo (para deficientes visuais);
- Falta de abrigos para sol e chuva nos pontos de ônibus.

Desta forma, quando analisamos as condições estruturais das edificações, mobiliários, meios de transportes e área de acesso a algumas repartições públicas, conclui-se que muitas delas encontram-se inadequadas e muitas vezes não fornecem condições mínimas de acessibilidades para pessoas com deficiência (SIQUEIRA *et al.*, 2009; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010; GALLO, FIÓRIO e ORSO, 2011; ROSVICS *et al.*, 2013)

Em um estudo de abordagem qualitativa realizado por Sousa e Rocha (2010) em algumas UBS do município de São Paulo, os entrevistados denunciaram que as barreiras arquitetônicas são fatores importantes na acessibilidade, das UBS, pois muitas têm rampas íngremes, escadas, corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados, entre outros problemas.

3.3 Avaliação em Saúde

Avaliar é uma prática tão velha quanto a própria humanidade. Infelizmente, ela está frequentemente associada a uma idéia “negativa” dos avaliados, isto é, a uma percepção de que a avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Segundo Contandriopoulos (1997), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (BRASIL, 2005).

Diante disso, podemos entender que a avaliação de serviços de saúde visa o alcance da resolubilidade e qualidade em saúde, visto que ela produz informações acerca de uma determinada situação. Nesse sentido, ela é parte fundamental no planejamento da gestão do sistema de saúde e principalmente da gestão do cotidiano de trabalho das equipes de saúde (MAYER e WEILLER, 2014).

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Na visão de Starfield (2002), existe uma necessidade constante de avaliação em saúde, pois sempre há necessidade de atualização dos padrões de qualidade. Diante disso, a avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio que norteia análises do tipo “autoavaliação”. A avaliação tampouco deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem pôr em prática as mudanças (BRASIL, 2010).

Apesar das diversas conceituações e concepções acerca da avaliação em saúde, entende-se que “Institucionalizar processos de avaliação de serviços ainda é sensível diante de tantas questões urgentes que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, no entanto, é necessário que faça parte da rotina dos serviços” (RODRIGUES, 2014).

A avaliação em saúde no Brasil ainda é um processo pouco incorporado às práticas e ainda possui um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do

que subsidiário do planejamento e da gestão. Os instrumentos existentes não se constituem em ferramentas de suporte ao processo decisório, nem de formação dos sujeitos envolvidos nesse processo (POTON, 2011). Assim, a avaliação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), “é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde” (BRASIL, 2005).

3.4 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQ-AB)

Nos últimos anos houve um crescimento exponencial da cobertura e acesso da população aos serviços de saúde através das mais variadas redes de atenção. Diante disso, no Brasil, a avaliação em saúde se apresenta necessária a partir da expansão dos serviços da AB, principalmente pela ESF (MAYER e WEILLER, 2014).

Um dos primeiros impulsos no sentido de sistematizar o trabalho com o tema qualidade em saúde no âmbito da APS em nosso país foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2005).

Neste cenário, a avaliação de programas e serviços de saúde tem crescido no Brasil não apenas no campo acadêmico, mas nas diversas tentativas de trazê-la para o cotidiano dos serviços. A exigência cada vez maior de se promover um aperfeiçoamento contínuo dos programas e serviços ofertados coloca o modelo teórico da avaliação da qualidade como importante instrumento para a gestão do sistema e dos serviços de saúde (BRASIL, 2010)

A Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), autoavaliação criada pelo Ministério da Saúde, insere-se em um processo mais amplo de melhoria contínua da qualidade no âmbito da saúde da família, visando a obter melhores resultados nas condições de saúde da população assistida pela equipe de saúde da família (BRASIL, 2005).

Porém, apesar do grande empenho do Ministério da Saúde com o projeto AMQ, que tinha como característica adesão voluntária, observou-se,

que no “decorrer dos anos, foram identificadas algumas limitações na AMQ que foram enfraquecendo o programa, tais como baixa adesão em nível nacional; ausência de definição de escores; padronização em face da diversidade de cenários do Brasil; paradoxo da adesão livre sem financiamento e a necessidade dos recursos, dentre outros”(ALBUQUERQUE, 2014).

Diante disso, o Ministério da Saúde através da PNAB institui em 2011 o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dá por meio de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e gestão municipal. Esse incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ (BRASIL, 2011).

A Portaria 1.654 do Ministério da Saúde publicada em 19 de julho de 2011 criou o PMAQ e vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e de qualidade nas equipes de atenção básica. Esta medida apontou para o início de mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes (PINTO, 2012).

Para Teixeira e colaboradores(2014), o PMAQ-AB apresenta potencialidades e limitações que valem a pena considerar. Trata-se de uma avaliação orientada para as atividades e ações dos profissionais, na medida em que se propõe a auxiliar na identificação de áreas prioritárias na atenção voltada para o usuário, apoiando os gestores locais no desenvolvimento de linhas de ação que produzam melhoria das ações prestadas à população.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o PMAQ-AB é organizado em quatro fases que se complementam, em um ciclo contínuo de avaliação:

I- A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde.

II- A segunda fase é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em quatro dimensões, quais sejam: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional.

III- A terceira fase consiste na avaliação externa, em que será realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa.

IV- A quarta e última fase do programa é o momento de reconstrução com a gestão municipal e equipes de atenção básica, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa.

De forma geral, a avaliação externa e o PMAQ-AB estão induzindo as equipes de atenção básica a se autoavaliarem, trazendo para o cotidiano a necessidade de planejamento das ações como condutora do processo de reorientação das ações e serviços, além de desmitificar a avaliação externa dos serviços como um processo negativo, dando-lhe a dimensão de uma necessidade positiva para correção dos rumos e adequação das ações. (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Os instrumentos utilizados para a realização da avaliação externa estão organizados em três módulos:

Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), cujas questões estão direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde, durante o qual 100% das UBS foram analisadas.

Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo III - Entrevista com o usuário na unidade básica de saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2012a).

Na visão de Pinto (2013), a parte decididamente mais importante do PMAQ-AB se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na garantia do acesso da população e na qualidade da atenção com destaque especial para algumas linhas de cuidado tidas como prioritárias.

Convém destacar que o PMAQ-AB traz em seu bojo um somatório de esforços para a priorização de processos mais participativos de avaliação, abrindo canais de comunicação interna e externa e uma forte indução para reengenharia nos processos de trabalho a partir do uso das informações (TEIXEIRA, 2014).

4 Metodologia

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa de avaliação das condições arquitetônicas de acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde do município de Imperatriz obtidas em dois momentos: na primeira avaliação do PMAQ-AB (2012) e no segundo momento através da avaliação in loco pelo pesquisador em (2016).

4.2 Local e População do estudo

Imperatriz é um município no nordeste brasileiro e do estado do Maranhão (Figura 1), sendo sua segunda cidade mais populosa do estado, com 252.320 habitantes e área de 1.367,901 km², dos quais 15,480 km² estão em zona urbana (IBGE, 2010). Sede da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, a cidade se estende pela margem direita do rio Tocantins, e é atravessada pela Rodovia Belém-Brasília, situando-se na divisa com o estado do Tocantins. Imperatriz é o maior entroncamento comercial, energético e econômico do estado, sendo ainda o segundo maior centro populacional, econômico, político e cultural do Maranhão.

Figura 1: Mapa de localização de Imperatriz, Maranhão, Brasil.



Fonte: Site da Prefeitura de Imperatriz

No setor saúde, constitui referência atendendo pacientes vindos de vários municípios do sul do Maranhão, norte do Tocantins e sudeste do Pará. O sistema de saúde no município atende centenas de usuários todos os dias, sendo hoje uma referência em tratamento de média e alta complexidade. Atualmente, Imperatriz atende mais de 1,3 milhões de habitantes e é considerada um Pólo Assistencial da Região Tocantina (IMPERATRIZ, 2014).

4.3 Instrumentos de coleta dos dados

Para a primeira avaliação desta pesquisa, foram obtidos dados secundários do banco de dados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB, cujo instrumento de coleta de dados correspondeu ao Módulos I (Estrutura), especificamente o item “Acessibilidade na unidade de saúde”.

Para a segunda avaliação, foram coletados dados primários pelo próprio pesquisador in loco, a partir do mesmo instrumento de coleta de dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB (Anexo A). Foram realizadas visitas em cada UBS, observação e check-list das informações. Além disso, foram coletados dados sobre acessibilidade no entorno das UBS por meio da observação direta quanto a presença de “rotas acessíveis” definidas como “trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecta os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, e que possa ser utilizada de forma autônoma e segura

por todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência” (NBR 9050/ABNT, 2004).

A primeira avaliação do PMAQ-AB em Imperatriz foi realizada no mês de agosto do ano de 2012. Foram avaliadas todas as 36 UBS de Imperatriz. A segunda avaliação foi realizada no mês de março do ano de 2016.

4.4 Variáveis de Estudo

Corresponderam as variáveis referentes a acessibilidade na unidade de saúde, definidas no instrumento de coleta de dados do módulo I (Anexo A), com as seguintes dimensões: acessibilidade externa; acessibilidade interna; acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e acessibilidade para pacientes com deficiência visual, conforme quadro 2. As variáveis relativas a acessibilidade do entorno da UBS estão descritas no quadro 3.

Quadro 2 - Dimensões e respectivas variáveis sobre acessibilidade.

DIMENSÃO	VARIÁVEIS
Acessibilidade externa	<ul style="list-style-type: none"> -Possuir calçada da entrada em boas condições; -Possuir tapete; -Possuir piso antiderrapante; -Possuir piso regular; -Não possuir piso liso; - Possuir rampa de acesso; -Possuir corrimão; -Possuir porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas.
Acessibilidade Interna	<ul style="list-style-type: none"> -Possuir banheiros adaptados; - Possuir barras de apoio; -Possuir corrimão; -Possuir corredores e portas internos adaptados para cadeira de rodas; -Possuir portas internas adaptadas para cadeira de rodas; - Possuir espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de

	espera e recepção; -Possuir bebedouros adaptados; -Possuir cadeira de rodas
Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e com deficiência visual	- Utilizar símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva; -Possuir sinalização visual dos ambientes e serviços; -Caracteres tátil; -Recursos auditivos (sonoro); -Profissionais para acolhimento.

Quadro 3 - Variáveis sobre acessibilidade do entorno das UBS.

ITENS	ITENS A CONFERIR
SEMÁFORO	-Possuir semáforo nos dois lados da via pública para facilitar a travessia do pedestre, com sinalização sonora quando ele está aberto e adaptado para cadeirantes?
	-Possuir faixa de pedestre -Possuir guia rebaixada em ambos os lados da via no local de travessia de pedestre?
CALÇADA	-Possuir pisos antiderrapantes e regulares em qualquer condição climática?
	São livres de interferências que impeçam o deslocamento ou que constituam perigo aos pedestres (postes de sinalização, vegetação, desníveis, rebaixamentos, buracos etc.).
	-Possuir Rebaixamentos ao nível da rua?
PLATAFORMA DE EMBARQUE/ DESEMBARQUE/ ABRIGOS DE ÔNIBUS	- Possui plataforma ou abrigo de ônibus?
	Devem ser acessíveis para as Pessoas com Deficiência e Mobilidade Reduzida.
	-Possuir espaço para cadeiras de rodas

Convém destacar que não foi usado o banco de dados referente ao 2º ciclo, pois o instrumento de avaliação foi modificado, onde o número de variáveis analisadas foram reduzidos para 5 (cinco) das 21 analisadas no 1º ciclo.

4.5 Análises dos dados

Os dados obtidos em 2012 foram comparados aos de 2016. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para as variáveis. As análises estatísticas foram realizadas por meio dos softwares Stata, versão 11.0 e Microsoft Excel (2010).

Visando avaliar as mudanças ocorridas após a adesão do PMAQ-AB, foram construídas três categorias de Unidades Básicas de Saúde: Unidades Básicas de Saúde que não aderiram a nenhum ciclo; Unidades Básicas de Saúde que aderiram ao 1º ciclo e Unidades Básicas de Saúde que aderiram ao 1º e 2º ciclo.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB”, encomendada pelo Ministério da Saúde, em parceria com Universidades e Institutos de Pesquisa Públicos no Brasil. Estas instituições organizaram-se em consórcios coordenados por sete Universidades. Em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas (UFPel) sob o número de ofício 38/12 em 10 de maio de 2012 (Anexo-2). O projeto foi submetido a esse comitê devido à Universidade Federal do Maranhão (UFMA) fazer parte do consórcio da UFPel junto a outras instituições de ensino superior do Brasil na etapa de avaliação externa.

5 RESULTADOS

Neste estudo foram avaliadas 36 (tinta e seis) UBS do município de Imperatriz que participaram do 1º ciclo do PMAQ-AB e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB, realizado em 2012, onde 7 UBS (19,4%) compostas por 16 ESF fizeram a adesão ao PMAQ-AB. Convém destacar que no 2º ciclo do PMAQ-AB, 20 UBS (55,5%) fizeram a adesão, sendo compostas por 31 ESF. Constatou-se também que 28 UBS (77,8%) estão localizadas na zona urbana do município e apenas 8 (22,2%) estão em zona rural. Observou-se que em 2016, das 36 UBS avaliadas quanto a acessibilidade para usuários com deficiência, 16 (44,4%) funcionavam em prédios alugados e 20 (55,6%) em prédios próprios.

Quando analisadas para a dimensão acessibilidade externa, foi constatado que dos 8 itens avaliados, houve mudanças significativas comparando os anos de 2012 e 2016 entre as UBS que aderiram ao PMAQ-AB e as que não aderiram (Tabela 1). Convém destacar, que dentre as 16 UBS que não aderiram ao PMAQ-AB verificou-se modificações em relação às seguintes variáveis: calçadas, 6 UBS já eram adequadas em 2012 e 2 (12,5%) se adequaram e 2 (12,5%) se tornaram inadequadas em 2016; tapete, 12 UBS eram adequadas em 2012 e 2 (12,5%) se adequaram e 2 (12,5%) se tornaram inadequadas em 2016; piso antiderrapante, 4 UBS eram adequadas em 2012 e 5 (31,2%) se adequaram e 1 (6,2%) se tornou inadequada em 2016; piso regular, 12 UBS eram adequadas em 2012 e 2 (12,5%) se adequaram e 2 (12,5%) se tornaram inadequadas em 2016; piso liso, 8 UBS já se encontravam adequadas em 2012 e 2 (12,5%) se adequaram e 2 (12,5%) se tornaram inadequadas em 2016; rampa, 7 UBS eram adequadas em 2012 e 4 (25%) se adequaram e 1 (6,2%) se tornou inadequada em 2016; corrimão, não tinha nenhuma UBS adequada em 2012 e 1 (6,2%) se tornou adequada; porta/corredor, 6 UBS eram adequadas em 2012 e 1 (6,2%) se tornou adequada (Tabelas 4 e 5).

Ainda com relação acessibilidade externa, quando analisadas 20 UBS que participaram do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, contatamos os seguintes dados: calçada, 9 UBS já estavam adequadas em 2012 e 3 (15%) se adequaram e 3 (15%) se tornaram inadequada em 2016; tapete, 19 UBS já

estavam adequadas em 2012 e 1 (5%) se tornou inadequada em 2016; piso antiderrapante, 5 UBS já eram adequadas em 2012 e 2 (10%) se adequaram em 2016; piso regular, 14 UBS eram adequadas em 2012 e 5 (25%) se tornaram inadequadas em 2016; piso liso, 15 UBS eram adequadas em 2012 e 4 (20%) se tornaram adequadas e 1 (5%) se tornou inadequada em 2016; rampa, 10 UBS eram adequadas em 2012 e 2 (10%) se adequaram e 1 (5%) se tornou inadequada em 2016; corrimão, nenhuma UBS adequada em 2012 e 1 (5%) se tornou adequada em 2016; porta/corredor, 10 UBS eram adequadas em 2012 e 2 (10%) se adequaram e 1 (5%) se tornou inadequada em 2016 (Tabela 4 e 5)

Destaca-se ainda que foram observadas várias condições que refletem comprometimento da acessibilidade externa nas UBS do município, como por exemplo, a ausência de corrimão em rampa de acesso em todas as UBS avaliadas em 2012, e a presença em apenas 3 (8,4%) em 2016 (Tabela 1) como mostram o as figuras 2 e 3. Da mesma forma observamos essas condições em rampa de acesso em 17 (47,2%) nas UBS analisadas em 2012 e 21 (58,3%) em 2016. Como podemos verificar nas figuras 4 e 5 onde representam bem a presença de barreiras externas ou arquitetônicas que dificultam a acessibilidades aos serviços de saúde e prédios públicos pelos usuários com deficiência.

Figura 2- Rampa de acesso sem corrimão, área externa da UBS-A*.Imperatriz, 2012.



Fonte: Relatório avaliação externa 1º Ciclo PMAQ, 2012.

Figura 3- Rampa de acesso com corrimão, área externa da UBS-A*.Imperatriz, 2012.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Nota: UBS-A*- Imagem fotografica referente da mesma UBS.

Figura 4- Rampa de acesso sem corrimão, área externa da UBS-B*. Imperatriz, 2012.



Fonte: Relatório avaliação externa 1º Ciclo PMAQ, 2012.

Figura 5- Rampa de acesso sem corrimão, área externa da UBS-B*. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Nota: UBS-B*- Imagem fotografica referente a mesma UBS

Em relação à acessibilidade interna, destacamos que foram encontrados apenas 2 (5,6%) das UBS com banheiro adaptados em 2012 e 6 (16,7%) UBS com banheiro adaptados em 2016, onde 1 UBS era sem PMAQ e 3 UBS eram com PMAQ (Tabelas 2 e 4).

Além disso, um ponto importante a se observar é a precariedade destes sanitários, que não permitiam a entrada ou a manobra de cadeiras de rodas devido a largura das portas, presença de batentes, como podemos observar nas figuras 6 e 7.

Figura 6– Banheiro não adaptado, área interna de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Figura 7 - Banheiro não adaptado, área interna de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Convém enfatizar que foi encontrado um percentual muito baixo de barras de apoio e corrimão nas UBS avaliadas em 2012 e 2016 (Tabela 2). Ainda com relação à análise das variáveis de acessibilidade interna, convém enfatizar que as 20 UBS que participaram do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB sofreram modificações, onde destacamos as seguintes variáveis: corredores, 9 UBS já eram adequadas em 2012 e 1 (5%) se tornou adequada e 2 (10%) se tornaram inadequadas em 2016; espaço para cadeira de rodas, 13 eram adequadas em 2012 e 5 (25%) se tornaram inadequadas em 2016; bebedouro adaptado 8 já eram adequadas em 2012 e 9 (45%) se tornaram adequadas em 2016; cadeira de rodas, 5 UBS já eram adequadas em 2012 e 1 (5%) se tornou adequada (Tabela 4 e 5). É interessante destacar que entre as 16 UBS sem adesão ao PMAQ-AB tiveram melhor grau de adequações às seguintes variáveis: corrimão, onde 1 UBS já era adequada em 2012 e 2 (12,5%) se tornaram adequadas; corredores, 5 UBS eram adequadas em 2012 e 2 (12,5%) se tornaram adequadas; porta, 2 UBS eram adequadas em 2012 e 5 (31,2%) se tornaram adequadas; bebedouros adaptados, 7 UBS já eram adequadas e 4 (25%) se tornaram adequadas e 3 (18,7%) se tornaram inadequadas (Tabela 4 e 5). É interessante enfatizar que do total de UBS avaliadas em 2012 e 2016 apenas 7 (19,4%) apresentavam cadeiras de rodas disponíveis para deslocamento de usuários (Tabela 2). Além disso, verificou-se que em 2012

apenas 41,7% das UBS tinham bebedouro, enquanto em 2016, 55,5%. (Tabela 2). Outro ponto interessante a destacar é a necessidade de se disponibilizar copos descartáveis para os usuários, pois os modelos utilizados nas UBS não permitem que a maioria dos usuários os utilizem como podemos constatar nas figuras 8 e 9 abaixo.

Figura 8– Bebedouro adaptado em UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Figura 9– Bebedouro adaptado em e UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Quando se observam as condições de acessibilidade aos pacientes com deficiência auditiva e visual tanto em 2012 como em 2016, verificamos dados alarmantes como a ausência quase total nas UBS de uso dos símbolos

internacionais 35 (97,2%) e a ausência completa dos seguintes itens: caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil) e recursos auditivos (sonoro) (Tabela 3).

Ainda com relação à análise das cinco variáveis de acessibilidade aos pacientes com deficiência auditiva e visual, constatamos um percentual de adequação somente na variável profissionais para acolhimento, onde 11 (30,5%) UBS já eram adequadas em 2012 e somente 1 (6,2%) UBS sem PMAQ-AB sofreu adequação em 2016, perfazendo um total de 12 (33,3%) UBS (Tabela 3 e 4). Convém destacar que houve uma evolução negativa na variável sinalização visual, pois 8 UBS em 2012 eram adequadas e em 2016 das 16 UBS sem PMAQ 4 se tornaram inadequadas e das 20 UBS que participaram do PMAQ-AB 4 também se tornaram inadequadas (Tabelas 3 e 5).

Tabela 1- Acessibilidade externa nas UBS, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012 e 2016.

Itens	2012						2016					
	UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)		UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)	
	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %
Calçada	3	42,8	18	62,1	21	58,3	4	57,1	17	58,6	21	58,3
Tapete	7	100,0	58	26,2	32	88,9	7	100,0	25	86,2	32	88,9
Piso antiderrapante	5	71,4	16	55,2	21	58,3	5	71,4	16	55,2	21	58,3
Piso regular	4	57,1	11	37,9	15	41,7	4	57,1	11	37,9	15	41,7
Piso liso	7	100,0	22	75,9	15	41,7	7	100,0	22	75,9	15	41,7
Rampa de acesso	2	28,56	17	58,6	19	52,8	2	28,6	13	44,8	15	41,7
Corrimão	7	100,0	29	100,0	36	100,0	7	100,0	26	89,7	33	91,6
<i>Porta/corredor de entrada</i>	2	28,6	16	55,2	18	50,0	2	28,6	16	55,2	18	50,0

Tabela 2- Acessibilidade interna nas UBS, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012 e 2016.

Itens	2012						2016					
	UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)		UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)	
	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %
Banheiros Adaptados	7	100,0	27	93,1	34	94,4	6	85,7	24	82,8	30	83,3
Barras de apoio	5	85,7	24	82,8	29	80,6	6	85,7	23	79,3	29	80,6
Corrimão	7	100,0	26	89,7	33	91,7	7	100,0	25	86,2	32	88,9
Corredores	3	42,9	19	65,5	22	61,1	3	42,9	18	62,1	21	58,3
Portas	3	42,9	23	79,3	26	72,2	3	42,9	18	62,1	21	58,3
,Espaço para cadeira de rodas	3	42,9	12	41,4	15	41,7	4	57,1	19	65,5	23	63,9
Bebedouros Adaptados	4	7,1	17	58,6	21	58,3	4	57,1	12	41,4	16	44,5
<i>Cadeira de rodas</i>	4	57,1	25	86,2	29	80,6	4	57,1	25	86,2	29	80,6

Tabela 3- Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual, segundo a adesão ao PMAQ. Imperatriz, 2012 e 2016.

Itens	2012						2016					
	UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)		UBS c/PMAQ N (7)		UBS s/PMAQ N (29)		TOTAL N (36)	
	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %	N	NÃO %
Símbolos (deficiência física, visual e auditiva)	7	100,0	28	96,5	35	97,2	7	100,0	28	96,5	35	97,2
Sinalização visual dos ambientes e serviços	5	71,4	23	79,3	28	77,8	7	100,0	29	100,0	36	100,0
Caracteres táteis	7	100,0	29	100,0	36	100,0	7	100,0	29	100,0	36	100,0
Recursos auditivos (sonoro)	7	100,0	29	100,0	36	100,0	7	100,0	29	100,0	36	100,0
<i>Profissionais para acolhimento</i>	3	42,9	22	75,9	25	69,5	3	42,9	21	72,4	24	66,7

Tabela 4- Unidades Básicas de Saúde que realizaram adequações nos itens de acessibilidade, segundo participação no PMAQ-AB. Imperatriz, 2016.

Itens de Acessibilidade	UBS que já eram Adequadas em 2012		UBS Sem participação 2016		UBS que já eram Adequadas em 2012		UBS com PMAQ 1º e 2º ciclos 2016	
	N (16)	N	N (16)	%	N (20)	N	%	
Acessibilidade Externa								
Calçada	6	2	12,5		9	3	15	
Tapete*	13	2	12,5		19	0	0	
Piso antiderrapante	4	5	31,5		5	2	10	
Piso regular	12	2	12,5		14	0	0	
Piso liso*	8	2	12,5		15	4	20	
Rampa	7	4	25,0		10	2	10	
Corrimão	0	1	6,2		0	1	5	
Porta/corredor	6	1	6,2		10	2	10	
Acessibilidade Interna								
Banheiro	2	1	6,2		0	3	15	
Barra de apoio	3	1	6,2		3	0	0	
Corrimão	1	2	12,5		2	0	0	
Corredores	5	2	12,5		9	1	5	
Portas	2	5	31,2		8	1	5	
Espaço p/ cadeira de rodas	8	0	0		13	0	0	
Bebedouros adaptados	7	4	25,0		8	9	45	
Cadeiras de rodas	2	1	6,2		5	1	5	
Acessibilidade Auditiva e Visual								
Símbolos	1	0	0		0	0	0	
Sinalização visual (ambientes e serviços)	4	0	0		4	0	0	
Caracteres táteis	0	0	0		0	0	0	
Recursos auditivos	0	0	0		0	0	0	
Profissionais p/ acolhimento	4	1	6,2		7	0	0	

*Considerou-se adequado: Não possuir tapete e não possuir piso liso.

Tabela 5- Unidades Básicas de Saúde que sofreram inadequações nos itens de acessibilidade, segundo participação no PMAQ-AB. Imperatriz, 2016.

Itens de Acessibilidade	UBS que já eram Adequadas em 2012	UBS Sem participação 2016		UBS que já eram Adequadas em 2012	UBS com PMAQ 1º e 2º ciclos 2016	
	N(16)	N	%	N(20)	N	%
Acessibilidade Externa						
Calçada	6	2	12,5	9	3	15
Tapete*	13	2	12,5	19	1	5
Piso antiderrapante	4	1	6,2	5	0	0
Piso regular	12	2	12,5	14	5	25
Piso liso*	8	2	12,5	15	1	5
Rampa	7	1	6,2	10	1	5
Corrimão	0	0	0	0	0	0
Porta/corredor	6	0	0	10	1	5
Acessibilidade Interna						
Banheiro	2	0	0	0	0	0
Barra de apoio	3	0	0	3	1	5
Corrimão	1	0	0	2	1	5
Corredores	5	0	0	9	2	10
Portas	2	0	0	8	1	5
Espaço p/ cadeira de rodas	8	2	12,2	13	5	25
Bebedouros adaptados	7	3	18,7	8	0	0
Cadeiras de rodas	2	2	12,5	5	0	0
Acessibilidade Auditiva e Visual						
Símbolos	1	0	0	0	0	0
Sinalização visual (ambientes e serviços)	4	4	25,0	4	4	20
Caracteres táteis	0	0	0	0	0	0
Recursos auditivos	0	0	0	0	0	0
Profissionais p/ acolhimento	4	0	0	7	0	0

*Considerou-se adequado: Não possuir tapete e não possuir piso liso

Com relação às condições que favorecem a acessibilidade do entorno das UBS, o estudo apontou uma série de problemas na infra-estrutura das vias urbanas de acesso às unidades de saúde do município de Imperatriz, como calçadas, semáforos e abrigos ou paradas de ônibus que não favorecem a acessibilidade para usuários com deficiência ou mobilidade reduzida (Tabela-6).

Tabela 6- Acessibilidade do entorno, rotas acessíveis da área externa das UBS. Imperatriz, 2016.

ITENS	Variáveis	TOTAL			
		SIM		NÃO	
		N	%	N	%
SEMÁFORO	S1	0	0,0	36100	0,0
	S2	2	5,6	34	94,4
CALÇADA	C1	10	28,6	25	71,4
	C2	4	11,1	32	88,9
	C3	3	8,3	33	91,7
PLATAFORMA DE EMBARQUE/ DESEMBARQUE/ ABRIGOS DE ÔNIBUS	P0	6	16,7	30	83,3
	P1	1	2,8	35	97,2
	P2	3	9,1	33	90,9

Convém destacar, a ausência de semáforos com sinalizador sonoro nos dois lados da via pública em 36 (100%) locais avaliados e de faixas de pedestre e guias rebaixadas em ambos os lados da via pública em 34 (94,4%) como mostra o exemplo na figura 10.

Figura 10– Semáforo em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Além disso, observaram-se a presença de calçadas com piso antiderrapante e regular em 10 (28,6%) e livre de interferências em apenas 4 (11,1%) de áreas próximas as UBS avaliadas, como demonstrado nas figuras 11, 12 e 13.

Figura 11– Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Figura 12– Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Figura 13– Calçada em via pública, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Ainda no que se refere à acessibilidade das áreas próximas das UBS, constatou-se que em 30 (83,3%) das UBS não possuíam plataformas ou abrigos de ônibus; onde 35 (97,2%) não eram acessíveis as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida e somente em 3 (9,1%) foi verificado a presença de espaço para cadeiras de rodas, como constatado nas figuras 14, 15 e 16.

Figura 14– Parada de ônibus, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Figura 15– Parada de ônibus, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

Figura 16– Parada de ônibus, no entorno de UBS. Imperatriz, 2016.



Fonte: Arquivo Pesquisador, 2016.

6 DISCUSSÃO

A acessibilidade aos prédios públicos deve ser considerada como um dos fatores essenciais na garantia dos direitos básicos dos usuários do SUS. Por isso, é necessário que seja considerada um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas e deve estar presente nos espaços e no meio físico, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural (BRASIL, 2008).

Lamônica *et al.* (2008) enfatizam que reflexões sobre as dificuldades ao acesso pelas barreiras físicas são salutares, pois contribuem para o repensar de práticas e proposição de ações, que podem favorecer a promoção de saúde e qualidade de vida destes indivíduos, favorecendo a convivência e transformando atitudes e comportamentos, interferindo nas relações interpessoais e nos comportamentos das pessoas.

Convém destacar que um grande número de brasileiros enfrenta diariamente diversos tipos de obstáculos, ou barreiras, para obter informações, deslocar-se, comunicar-se e utilizar equipamentos e serviços públicos. (DISCHINGER, ELY e PIARDI, 2012). E que entre esses cidadãos, encontram-se as pessoas com algum tipo de deficiência, que segundo o Censo do IBGE realizado em 2010 são aproximadamente 43,9 milhões de brasileiros e representam 23,9% da população brasileira (BRASIL, 2010)

No presente estudo, encontrou-se um elevado número de UBS do município funcionando em prédios alugados 16 (44,4%), com várias inadequações, pois na sua maioria são casas da comunidade adaptadas para funcionamento das UBS, onde não passaram por ajustes na sua estrutura como, por exemplo, remoção de degraus na entrada das portas; adaptação de banheiro para uso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida; aumento da largura de portas.

Em um estudo realizado em João Pessoa-PB também foi apontado inadequação dos locais de atendimento, uma vez que a maior parte das pessoas com deficiência entrevistadas eram usuárias de unidades de saúde da

ESF instaladas em casas improvisadas, um tipo de construção que não atende às necessidades dos usuários (AMARAL *et al.*,2012)

Nessa mesma perspectiva Moura *et al.*, (2010) ao analisar a estrutura física das UBS de dois municípios da Bahia, constatou também que muitas unidades de saúde da ESF encontravam-se sediadas em estruturas físicas que não foram construídas para tal fim, como casas adaptadas, que não atendiam às normas preconizadas para o funcionamento de serviços de saúde.

O presente estudo permitiu fazer uma análise da acessibilidade às UBS do município, e para melhor compreensão e análise, discutiu-se as seguintes dimensões: acessibilidade externa; acessibilidade interna; acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual e acessibilidade no entorno das UBS.

6.1 Acessibilidade Externa

Houve melhora na adequação das UBS com adesão ao PMAQ quando comparado os anos de 2012 e 2016, porém calçadas; corrimão; piso liso; portas e corredores adaptados tiveram maior percentual de adequações nas UBS com adesão ao PMAQ.

Dos oito itens referentes à acessibilidade da área externa à UBS, apenas a presença de tapete, piso antiderrapante; piso regular e rampa de acesso tiveram melhor percentual melhorias nas UBS que não aderiram ao PMAQ-AB.

Entretanto foram encontrados dados alarmantes (58,3% em 2012 e 2016) como a presença com calçada da entrada em péssimas condições, ou seja, piso irregular, com desníveis e buracos, dificultando assim o deslocamento para cadeirantes, pessoas com algum tipo de deficiência e idosos entre as UBS do município.

O manual de estrutura física das UBS preconiza que as calçadas devem apresentar um piso liso e antiderrapante, mesmo quando molhado, quase horizontal, sem desnível, com faixa de circulação livre de barreiras, completamente desobstruídas e isentas de interferências como,

vegetação, postes, buracos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculos. (BRASIL, 2008).

Em um estudo realizado na estrutura física de 240 UBS de 41 municípios em sete estados do Brasil, em relação às barreiras arquitetônicas, 59,8% dos prédios não eram adequados para o acesso de idosos e portadores de deficiência física, onde a presença de calçadas que garantissem o deslocamento seguro foram consideradas como inexistentes em 66,7% das UBS (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

O presente estudo apresentou precárias condições nas UBS tanto no ano de 2012 quanto 2016, no que se referem às variáveis piso antiderrapante, porta e corredor adaptados e piso regular em que a maioria das UBS estava desprovida desses itens.

Segundo Ribeiro (2014) em um estudo descritivo, transversal realizado no estado de Goiás cujo objetivo foi analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica, com amostra de 1.216 UBS, observou-se dificuldades relacionadas à acessibilidade nos serviços de saúde aos portadores de deficiência física, destacando-se a presença de piso antiderrapante em apenas 280 (23%); piso regular 640 (52,6%) e portas e corredores adaptados 375 (30%) das UBS avaliadas.

Um ponto que chamou atenção no presente estudo foi a presença de corrimão em rampa em apenas 3 (8,4%) das UBS avaliadas em 2016 e rampa de acesso em 17 (47,2%) nas UBS analisadas em 2012 e 21 (58,3%) em 2016. Convém destacar, que em 2016, as UBS apresentaram melhorias, isso pode estar relacionado à adesão de 17 UBS ao Programa de Requalificação de UBS, com propostas de construção de novas unidades, reformas e ampliação (IMPERATRIZ, 2014).

Em um estudo realizado por Cavalcante (2014) onde se avaliaram todas as 1.879 UBS em funcionamento no Maranhão, constatou-se que apenas 3,2% dessas possuíam corrimão e em 32% rampa de acesso. Esses valores apresentam-se semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Nesse sentido é importante levar em conta que um grande número de brasileiros enfrenta diariamente diversos tipos de obstáculos, ou barreiras, para obter informações, deslocar-se, comunicar-se e utilizar equipamentos e serviços públicos. (DISCHINGER, ELY e PIARDI, 2012).

O Decreto nº 5.296 instrui que, a construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. (BRASIL, 2004).

Além dessas pessoas, devemos pensar que qualquer um está sujeito, em algum momento de sua vida, a enfrentar dificuldades para a realização de atividades devido a acidentes, doenças ou, simplesmente, pelo processo natural de envelhecimento. (DISCHINGER, ELY e PIARDI, 2012).

6.2 Acessibilidade Interna

Apenas 5,6% em 2012 e 16,7% em 2016 das UBS do município de Imperatriz, possuíam banheiros adaptados. Esses resultados estão acima dos encontrados na avaliação das 1.879 UBS em funcionamento no Maranhão, onde apenas 5,5% das UBS possuíam banheiro adaptado (CAVALCANTE, 2014). Ambos demonstram a urgente necessidade de adequação dessas UBS como forma de promover mudanças no ambiente físico, permitindo a todas as pessoas a realização das atividades desejadas (DISCHINGER, ELY e PIARDI, 2012).

Ainda no que se refere a variável banheiro adaptado, observou-se que na maioria das UBS as portas dos banheiros não permitiam o seu acesso de cadeiras de rodas, nem tampouco possuíam espaço suficiente para manobrá-la (Rocha *et al.*, 2012; Siqueira FVC *et al.*, 2009).

Estudo realizado em alguns municípios de uma regional de saúde no Rio Grande do Sul, onde foram avaliados 44 serviços, dentre eles 17 UBS e 27 ESF, verificou-se a existência de barreiras arquitetônicas às pessoas com deficiência física como inadequações na largura das portas inferior na área de circulação interna e nas portas dos banheiros. Onde 35,7% das ESF e 68,8% das UBS as instalações sanitárias não permitiam acesso às pessoas com deficiência física (DA SILVA, 2013).

Martins (2015) observou em um estudo em 90 prédios que compõem as unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB concernente aos mobiliários e às instalações sanitárias, que 100% delas não existem textos

com informações escritas em braile; 60% não têm sanitários adequados para pessoas com deficiência.

Nas UBS avaliadas no presente estudo, houve melhora para a variáveis barra de apoio, corrimão e presença de cadeira de rodas, tanto nas UBS sem PMAQ-AB como as com PMAQ-AB. Porém, chama atenção o percentual muito baixo em ambos os anos estudados, revelando precariedade nas condições para acessibilidade e conseqüentemente inadequações das UBS avaliadas em Imperatriz.

No estudo de Cavalcante (2014), com resultados do 1º ciclo do PMAQ no estado do Maranhão, observou-se que 97,6% não possuía corrimão; 94,2% não tinha barras de apoio e em 90,7% as cadeiras de rodas não estavam disponíveis.

Albuquerque (2014) a partir de um estudo descritivo e transversal com dados do PMAQ-AB no estado do Pernambuco, observou em relação à infraestrutura adequada ao atendimento de idosos e pessoas com deficiência, que 97% das UBS não possuíam banheiros adaptados e ausência de barras de apoio. Em 98% das UBS não havia corrimão e em 69% sem condições para acomodar uma cadeira de rodas na sala de espera.

Entre as condições que favorecem a acessibilidade interna está a presença de bebedouro adaptado, cujo presente trabalho indicou que as UBS com adesão ao PMAQ-AB tiveram maiores percentuais de adequação (45%) quando comparado com as que não aderiram ao PMAQ-AB (25%). Verificou-se que em 2012 apenas 41,7% das UBS tinham bebedouro, enquanto em 2016, 55,5%. Essa melhora pode ser explicada em virtude da aquisição de equipamentos e materiais permanentes pelas UBS com adesão ao programa Requalificação de UBS, onde 24 UBS foram beneficiadas com um valor global de quatrocentos e noventa e oito mil reais entre os anos de 2012 a 2016 (IMPERATRIZ, 2014). Convém destacar que no Maranhão, apenas 5,2 % das UBS de todos os municípios avaliados no PMAQ em 2012 possuíam bebedouro adaptados (CAVALCANTE, 2014). Um dado relevante no presente estudo foi a necessidade de instalação de dispensador de copos descartáveis ao lado dos bebedouros, como forma de torná-los acessíveis aos usuários com deficiência e a população em geral.

Segundo o manual de estrutura física das UBS é interessante destacar que os mobiliários internos como móveis, bebedouros, guichês, balcões de atendimento entre outros, devem ser acessíveis, garantindo-se as áreas de aproximação e; manobra e as faixas de alcance manual, visual e auditivo (BRASIL, 2008)

Segundo Da Silva (2010) ao analisar as condições de acesso para as pessoas com deficiência física aos parques urbanos da cidade de Uberlândia, constatou-se que os bebedouros são praticamente inacessíveis para alguém que está sentado em uma cadeira de rodas.

6.3 Acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual

O presente estudo demonstrou uma realidade preocupante, em que a maioria dos prédios onde funcionam as UBS não apresentaram a utilização dos símbolos internacionais de acessibilidade, caracteres em relevo, braile ou figura e recursos sonoros. A indicação de acessibilidade das edificações e espaços públicos urbanos ou rurais deve ser feita por meio do símbolo internacional de acesso, indicando a acessibilidade aos serviços e identificando mobiliário e equipamentos onde existem elementos acessíveis ou utilizáveis por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (ABNT NBR 9050, 2004)

Segundo o manual de estrutura física das UBS as informações essenciais aos espaços internos e externos das edificações devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora devendo ser autoexplicativas e legíveis para todos, inclusive às pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

Em alguns estudos que avaliaram as condições que favorecem a acessibilidade para os deficientes auditivos, visuais ou pessoas não alfabetizadas, constatou-se a ausência de símbolos internacionais, de figuras, desenhos ou cores; de caracteres em relevo; de recursos auditivos nos ambientes e locais dos estabelecimentos de saúde (RIBEIRO, 2014; GARCIA *et. al.*, 2014).

Estudo realizado em Pernambuco, com base nos dados do PMAQ destacou a inexistência de garantia de acessibilidade, com autonomia, de

pessoas com deficiência visual, auditiva, ou da população analfabeta. Em apenas uma unidade, das 2.019 analisadas, foi relatada a existência de caracteres em relevo, ou Braille, assim como recursos auditivos, e a quase totalidade não utilizava símbolos internacionais para pessoas com deficiências (físicas, visuais, auditivas). Constatou-se também a inexistência de sinalização por meio de desenhos, cores ou figuras indicativas para os usuários analfabetos (ALBUQUERQUE, 2014).

6.4 Acessibilidade no entorno das UBS.

O presente estudo apresentou uma série de inadequações da infraestrutura das vias de acesso do entorno das UBS do município de Imperatriz. Foi constatado nas áreas próximas das UBS avaliadas ausência de semáforo com dispositivo sonoro 36 (100%); faixas de pedestre e guias rebaixadas 34 (94,4%); calçadas com piso antiderrapante e regular 25 (71,4%) e 32 (88,9%) das UBS não possuíam o entorno livre de interferências. A inexistência desses e de outros dispositivos de acessibilidade demonstra a precariedade da infraestrutura das rotas de acesso como calçadas, avenidas, ruas e passeios públicos.

A cidade de Imperatriz vem sofrendo nos últimos 30 anos um crescimento desordenado no espaço urbano com surgimento de invasões e favelas nas regiões periféricas da cidade, culminando com um vazio de urbanização dentro do perímetro urbano (IMPERATRIZ, 2014). E esses problemas têm demonstrando a escassez de políticas públicas integradas, onde ampliação do acesso e oferta de serviços básicos de saúde ocorridas nos últimos anos, não são acompanhadas por melhorias na infraestrutura urbana da cidade, onde a ausência destas tem se tornado verdadeiros obstáculos ou barreiras arquitetônicas que impedem a acessibilidade às UBS do município.

Resultados semelhantes aos do presente estudo foram encontrados em estudo realizado em 90 prédios que compõem as unidades de saúde da família do município de João Pessoa–PB, em relação à estrutura física no percurso casa/instituição de saúde, foi observado ausência de semáforos munidos de botoeiras (96,7%) e de dispositivo sonoro (100%); faixa de pedestre (85,6%);

rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos (65,6%) e sinalização indicativa do percurso para a instituição (98,9%) (MARTINS, 2015).

Para Silva Júnior (2010) o processo de territorialização esteve dissociado da concepção de território-processo, onde algumas áreas de abrangência das equipes estão em locais afastados das UBS, constituindo-se em importante barreira ao acesso da população. Com precárias infraestruturas nas ruas de acesso, como falta de faixas de pedestres, semáforo e presença de ruas estreitas.

Convém destacar que em vias públicas com grande volume de tráfego ou concentração de passagem de pessoas com deficiência visual, cadeirantes ou com mobilidade reduzida devem estar equipados com semáforos ou focos para pedestres com dispositivo sonoro ou outro mecanismo alternativo, que sirva de auxílio na travessia (NBR 9050, 2004). Além disso, segundo o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde é necessária que as vias públicas não possuam desnível entre a calçada e a faixa de travessia, existindo sempre faixas elevadas ou rebaixamento de calçada (BRASIL, 2008).

Em um estudo realizado na região metropolitana de Curitiba – PR em uma UBS, observou-se nos arredores a presença de calçadas regulares, de buracos nas ruas, ausência de guias rebaixadas, ausência de faixas de pedestres e semáforos (ROSEVICS *et al.*, 2013).

Aragão (2004) constatou, em uma pesquisa realizada na cidade de Sobral-CE, que as áreas adjacentes aos hospitais, estavam ausentes de semáforo com dispositivos sonoros em pontos estratégicos (100%); faixa de pedestre (100%) e de rebaixamento de meio-fio em pontos estratégicos (75%); calçadas que não estão livres de buracos e desnivelamento (100%).

Das 36 UBS do município de Imperatriz que foram avaliadas referentes à acessibilidade do seu entorno, constatou-se, que em 30 (83,3%) não possuíam plataformas ou abrigos de ônibus, 35 (97,2%) não eram acessíveis as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida e apenas 3 (9,1%) foi verificado a presença de espaço para cadeiras de rodas. Percebe-se um quadro alarmante frente à necessidade de uso do transporte público municipal, que deve ser visto dentro de um conjunto de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos.

Convém destacar, que a ausência de abrigo ou plataforma de ônibus acessíveis no sistema de transportes do município é considerado uma barreira arquitetônica, enfrentada pelos cidadãos, e é mais danosa aos usuários com deficiência ou mobilidade reduzida, sendo agravada principalmente no período chuvoso com ruas sem infraestrutura, com presença de buracos, sem pavimentação regular, calçadas padronizadas e sinalização adequada.

Segundo o Decreto presidencial Nº 5.296 de 02/12/2004, os sistemas de transporte coletivo devem ser acessíveis garantindo o uso pleno com segurança e autonomia por todas as pessoas e seus elementos são concebidos, organizados, implantados e adaptados visando sempre acessibilidade

Nas orientações contidas no manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, os abrigos em pontos de embarque e desembarque de transporte coletivo devem ser acessíveis para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, com assentos fixos para descanso e espaço para cadeira de rodas (BRASIL, 2008).

Engel *et al.*, (2013) em um estudo sobre acessibilidade geográfica e organizacional em Santa Maria município do Rio Grande do Sul, demonstrou que, para o usuário acessar o transporte coletivo, necessita ultrapassar barreiras geográficas como ladeiras, encostas e escadarias e identificou com relação às ruas, que 52,6% eram pavimentadas, 16% das residências são assistidas por linhas de transporte coletivo regular e 82% das residências não tem pontos de ônibus na sua rua ou nas suas proximidades.

Ao analisar a acessibilidade das áreas externas e do entorno das UBS do município de Rio Claro-SP, o estudo realizado por Camargo (2011) apontou má conservação dos abrigos de ônibus com calçadas irregulares, e material obstruindo o passeio, além disso, aponta problemas como buracos nas ruas de acesso, ausência de faixas de pedestre e rebaixamento.

Silveira (2012) em uma pesquisa de campo que avaliou a acessibilidade espacial do transporte público urbano de Joinville-SC, constatou problemas nos abrigos de ônibus, como falta iluminação e lixeira; bancos sem encosto; alguns com divisão de assentos (dificultando uso por pessoa obesa); sem espaço para cadeira de rodas ou carrinho de bebê; em alguns a presença de

calçadas sem revestimentos e pisos táteis ou revestimentos irregulares com buracos e ausência de guias rebaixadas.

7 CONCLUSÃO

Identificou-se inadequação dos itens que favorecem acessibilidade aos usuários com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde do município de Imperatriz, principalmente naquelas com funcionamento em imóveis alugados. O estudo mostrou que o PMAQ-AB foi capaz de potencializar e induzir melhorias na estrutura das UBS, porém em um percentual menor do que o esperado quando analisado o período de quatro anos de vigência e o grau de investimento de recursos financeiros do programa. Há necessidade de aprimoramento do PMAQ-AB no que concerne ao cumprimento de metas pactuadas e comprovação de utilização dos recursos recebidos na melhoria das UBS, pois apesar da contratualização e recebimentos dos recursos financeiros por parte de muitos municípios, em muitos não se percebe melhorias.

Ressaltam-se ainda que dentre as 21 (vinte e uma) itens sobre acessibilidade nas UBS do município de Imperatriz, 17 tiveram melhorias de adequação na sua estrutura, cuja dimensão de acessibilidade interna teve melhores resultados na adequação e a dimensão de acessibilidade para pacientes com deficiência auditiva e visual teve o pior resultado de adequações.

Destaca-se que a variável bebedouro adaptado teve melhor percentual adequação enquanto a variáveis símbolos, sinalização visual, caracteres táteis e recursos auditivos tiveram as piores avaliações de adequação.

Ressalta-se, no entanto, que, apesar do avanço das políticas públicas de saúde em aumentar consideravelmente a oferta e a cobertura da ESF, convém destacar a extrema necessidade de melhorar a qualidade na infraestrutura e da ambiência das UBS do município.

As vias de acesso do entorno das UBS também apresentaram deficiências, com calçadas, semáforos e plataformas de embarque e desembarque necessitando de melhorias, sobretudo das políticas públicas,

visando minimizar o desconforto aos usuários e trabalhadores que trafegam nas vias públicas e utilizam o sistema de transporte urbano com meio de locomoção até as repartições públicas, como as UBS.

Por isso, dotar essas unidades de infraestrutura necessária de acordo com necessidade de cada usuário é um obstáculo a ser vencido, pois a acessibilidade passa inexoravelmente por melhoria na qualidade dos serviços, necessitando portanto não só de melhorias no acesso, mas também na qualidade dos serviços.

Espera-se que essa pesquisa possa contribuir com a análise das atuais políticas de saúde no município de Imperatriz, à medida que oferece um quadro revelador das condições atuais de infraestrutura das UBS, possibilitando a elaboração e implementação de propostas de intervenção e melhora da acessibilidade nessas UBS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. S. V et al., Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade no estado do Ceará. **Saúde em Debate**, V. 38, p. 195-208, 2014.

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbanos. In: Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de deficiência. CORDE. Acesso em: 12 de julho de 2015. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp

AMARAL et al., Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012;17(7):1833-40.

BRSIL. Terminologia Sobre Deficiência na Era da Inclusão. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/paulopaim/Grandes%20temas/deficientes/arquivos/terminologia%5B1%5D.pdf>>. Acesso em agosto 22 de 2015

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 47p www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2012.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde de Pessoas portadora de Deficiência, **Portaria nº1060/GM, de 05/06 de 2002**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 56p

_____. **Decreto-Lei nº 5296, de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nos 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 dez. 2004.

_____. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 4.767/98**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência. Acesso em: 11 de junho de 2015. Disponível em: <http://www.aibr.com/det/sadet/aceso.htm>

_____. **Decreto legislativo n. 186, de 9 de julho de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

_____.Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**.Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.**A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à**

saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: MS; 2005.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011** – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 80p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: MS, 2011a. 62p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você:** acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 55p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde:** conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CASTRO, Shamyry Sulyvan; LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CESAR, Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**. 2011, vol.45, n.1, pp.99-105. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011. Acesso: 02 de maio de 2015.

CAMBIAGHI, S. **Desenho Universal**: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007. 269 p.

CAVALCANTE, Vânia Cristina Reis. **Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (PMAQAB)**: Análise da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Maranhão. São Luis,-MA. 2014.

CESAR CLG, TANAKA OY. **Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviço de saúde**: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad Saúde Pública 1996; 12 Suppl 2:59-70.

CONTANDRIOPOULOS A-P; CHAMPAGNE F; DENIS JF; PINEAULT R. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: Hartz ZMA organizador. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48)

DAB- Departamento de Atenção Básica- **Histórico de Cobertura do PSF**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 09 maio de 2015.

DAYANNE CARDOSO CIPRIANO, Carla; MITSUO MONÇÃO, Maurício. **Acessibilidade ao portador de limitação física: aspectos externos e internos do ambiente hospitalar**. Estação Científica (UNIFAP), v. 3, n. 1, p. 01-17, 2014.

DE ROSÁRIO, Sâmara Sirdênia Duarte et al. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 738-44, 2013.

DE SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes; ROCHA, Eucenir Fredini. Portas de entrada ou portas fechadas?: O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo- período de 2000 a 2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, 2010.

DIETER, Cristine; RENNER, Jacinta Sidegum; MARTINS, Luciana Néri. Acessibilidade: um fator de inclusão/exclusão social. **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**. Niterói RJ. 2012

DISCHINGER, Marta; ELY, Vera Helena Moro Bins; PIARDI, Sonia Maria Demeda Groisman. **Promovendo acessibilidade espacial nos edifícios públicos**: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público. Florianópolis : MPSC. 2012

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

ENGEL *et al.* Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. **Rev Enferm UFSM**. Jan/Abril;3(1):307-314.2013.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

GARCIA, A. C. P et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Rev. Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p.221-236, out 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0221.pdf>.

Acesso: 11 de janeiro de 2016.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.3, pp.783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_14.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2015.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: Características Gerais da População, Religião e Deficiência. Rio de Janeiro (Brasil): 2010. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=13&i=P>. Acesso em: 10 de julho de 2015.

IMPERATRIZ. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014 a 2017**. Imperatriz. 2014

LAMONICA, Dionísia Aparecida Cusin et al. Acessibilidade em ambiente universitário: identificação de barreiras arquitetônicas no campus da USP de Bauru. **Rev. bras. educ. espec.** [online]. 2008, vol.14, n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000200003. Acesso em: 03 de abril de 2015.

MAYER, Barbara Letícia Dudel; WEILLER, Terezinha Heck. A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE ESF. *Salão do Conhecimento*, v. 2, n. 01, 2014

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2010, vol.10, supl.1, pp.69-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007. Acesso em: 14 de junho de 2015.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**. Londrina. Vol. 38, n. esp.(out. 2014), p. 358-372, 2014.

POTON W. L et al. Avaliação para a melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**.2011; 13(3): 57-61.

RIBEIRO, Juliana Pires. Acessibilidade e ambiência na atenção básica à saúde do estado de Goiás. Dissertação [manuscrito].Goiás. 2014

RODRIGUES, V. et al., A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde em Debate**, V. 38, p. 173-6181, 2014.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho e LABATE, Renata Curi. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 1027-1034.

ROSEVICS, L et al., Acesso e saúde aos deficientes físicos de uma unidade básica de saúde da região metropolitana de Curitiba. **III Jornada Interdisciplinar de Pesquisa em Teologia e Humanidades**, v.3, n.1, 2013.Curitiba. Paraná. 2013

SILVEIRA, Carolina Stolf. **Acessibilidade Espacial no Transporte Público Urbano**: Estudo de Caso em Joinville- SC. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Como chamar as pessoas que têm deficiência?** Revista da Sociedade Brasileira de Ostromizados, ano I, n. 1, 1º sem. 2003, p.8-

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A. e RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias khunianas. **Interface – Comunicação Saúde e Educação** , 9 (16), 53-66. 2005

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** . 2009, vol.14, n.1, pp. Acesso em 14 de julho de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009

DA SILVA. Míriam Heinen Marques. **ESTUDO DAS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS TEMPORÁRIAS E PERMANENTES: Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família nos Municípios da 13a Coordenadoria Regional de Saúde – RS. Dissertação. Santa Cruz do Sul-RS. 2013. p.83**

SILVA JUNIOR, Evanildo Souza da et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2010, vol.10, suppl. Acesso em: 10 de agosto de 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>. Acesso em: 23 de abril de 2015

SOARES, Luiz Augusto de Carvalho Francisco et al. **Análise das condições de acessibilidade de pessoas com deficiência auditiva em unidades públicas de saúde do município de Manaus.** *rahis*, v. 11, n. 2, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002, p. 481-564 OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 09 maio de 2015.

GALLO, Emanuela Cerutti;ORSO, Kelen Daiane; FIÓRIO, Franciane Barbieri. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física nas escolas de Chapecó-SC e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. **Ver. O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011;35(2):201-207

SÃO PAULO (Estado). Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Sumário: Relatório Mundial sobre a Deficiência. São Paulo: SEDPCD, 2012.

Disponível

em:<http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf>. Acesso

em: 02 agosto 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002, p. 481-564.

TEIXEIRA, M. B et al., Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, V. 38, p. 52-68, 2014.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2015.

Wagner, Luciane Carniel, et al. "**Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre-DOI: <http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cmrs.v12n23p55-67>**." *Ciência em Movimento-Reabilitação e Saúde* 23 (2010): 55-68.

WHO (World Health Organization) 1946.**Basic Documents. WHO**. Genebra. Disponível em:<<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Acessibilidade geográfica, rotas acessíveis da área externa das UBS.

ITENS	ITENS A CONFERIR	RESPOSTA	
		SIM	NÃO
SEMÁFORO	Existe semáforo nos dois lados da via pública para facilitar a travessia do pedestre, com sinalização sonora quando ele está aberto e adaptado para cadeirantes?		
	Existe faixa de pedestre e guia rebaixada em ambos os lados da via no local de travessia de pedestre?		
CALÇADA	Têm pisos antiderrapantes e regulares em qualquer condição climática?		
	São livres de interferências que impeçam o deslocamento ou que constituam perigo aos pedestres (postes de sinalização, vegetação, desníveis, rebaixamentos, buracos etc.).		
	Rebaixamentos ao nível da rua?		
PLATAFORMA DE EMBARQUE/ DESEMBARQUE/ ABRIGOS DE ÔNIBUS	Plataforma ou abrigo de ônibus		
	Devem ser acessíveis para as Pessoas com Deficiência e Mobilidade Reduzida.		
	Devem ter espaço para cadeiras de rodas		

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB, MÓDULOS I.

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

• Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

• Orientações gerais:

Na opção de resposta “Outro(s)” poderá descrever a resposta;

Quando a questão possibilitar mais de uma opção de resposta deverá marcar para cada uma “Sim” ou “Não”.

Criação do questionário

Número do CNES:
(7 dígitos)

Nome da unidade de saúde:

CPF do avaliador:

I.1 Identificação geral

I.1.1 Instituição principal:

I.1.2 Instituição colaboradora:

I.1.3 Número do supervisor:

I.1.4 Número do entrevistador:

I.2 Identificação da unidade de saúde

I.2.1 Nome da unidade de saúde:

I.2.2	Coordenadas GPS:	Latitude:
		Longitude:

I.2.3 Estado:

I.2.4 Município:

I.2.5 Endereço:

I.2.6	Telefone (DDD) + 8 dígitos:	() ____ - ____
		Não se aplica

continua...

1.5 Acessibilidade na unidade de saúde			
1.5.1	Observar na área externa da entrada na unidade de saúde:	Sim Não	A calçada da entrada da unidade de saúde está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para caeirantes e pessoas com necessidades especiais e deficientes
		Sim Não	Possui tapete
		Sim Não	Possui antiderrapante
		Sim Não	Possui piso regular
		Sim Não	Possui piso liso
		Sim Não	Possui rampa de acesso
		Sim Não	Possui corrimão
1.5.2	A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?	Sim Não	Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas
		Sim Não	Barras de apoio
		Sim Não	Corrimão
		Sim Não	Corredores adaptados para cadeira de rodas
		Sim Não	Portas internas adaptadas para cadeira de rodas
		Sim Não	Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção
		Sim Não	Bebedouros adaptados
		Sim Não	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
		Nenhuma das anteriores	

continua...

I.5.3	A unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	Sim	Não	Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva
		Sim	Não	Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados
		Sim	Não	Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)
		Sim	Não	Recursos auditivos (sonoro)
		Sim	Não	Profissionais para acolhimento
				Outro(s)
		Nenhuma das anteriores		

I.6 Identificação visual e sinalização das ações e serviços

I.6.1	A(s) equipe(s) divulga(m) para os usuários:	Sim	Não	Que a unidade de saúde participa do "Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (PMAQ)" e apresenta o endereço do site do Ministério da Saúde
		Sim	Não	O horário de funcionamento da unidade de saúde
		Sim	Não	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe
		Sim	Não	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de maneira que as pessoas com deficiência tenham acesso
		Sim	Não	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho
		Sim	Não	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou do município
				Nenhuma das anteriores
I.6.2	A unidade de saúde possui sinalização interna dos serviços prestados? (Se NÃO, passar para a questão I.6.4.)		Sim	
			Não	
I.6.3	Identificar qual a forma:	Sim	Não	Quadro impresso anexado na parede
		Sim	Não	Quadro desenhado com giz na parede
		Sim	Não	Painel
				Outro(s)

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – "Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ-AB"

Prezado Pesquisador;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMFMA/UFPEL

ANEXO-3 REQUERIMENTOS DE SOLICITAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DECOLETA DE DADOS NAS UBS.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO



Requerimento

Ilm.º
Sr. Anderson Gomes Nascimento
Coordenador da Atenção Básica do Município de Imperatriz

Iomar Mendes de Sousa, pesquisador e mestrando da RENASF/UFMA, vem através deste solicitar de vossa senhoria a permissão para realização de visitas e aplicação de instrumento de coleta de dados nas dependências das Unidades Básicas de Saúde do município durante os meses de fevereiro e março de 2016. E para tanto passa a explicar o caráter e a finalidade da presente pesquisa, pois a mesma faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada "Avaliação externa e censo das Unidades Básicas de Saúde – PMAQ-AB", encomendada pelo Ministério da Saúde, em parceria com Universidades e Institutos de Pesquisa Públicos no Brasil. Estas instituições organizaram-se em consórcios coordenados por sete Universidades. Em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época, este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pelotas (UFPel) sob o número de ofício 38/12 em 10 de maio de 2012. A presente pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê ética da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Convém esclarecer que paralelamente a este estudo também está sendo realizadas pesquisas nos municípios de São Luís e municípios da baixada maranhense.

Nossa pesquisa pretende analisar as características das unidades básicas de saúde referentes à acessibilidade a pacientes com necessidades especiais no município de Imperatriz. Para coleta dos dados será utilizado o questionário padrão do primeiro censo realizado em 2012 da avaliação externa das unidades básicas de saúde PMAQ-AB, referente à estrutura física e arquitetônica. Serão realizadas visitas em cada unidade de saúde, observação e check-list.

Recebido
02/03/2016
Coordenador de Atenção Básica
com. at. básica

Imperatriz, 26 de janeiro de 2016.

Iomar Mendes de Sousa
Iomar Mendes de Sousa
Mestrando e Pesquisador RENASF/UFMA

AUTORIZADO

01 / 02 / 16
Dr. Anderson G. Nascimento
Enf.º / COREN-MA 009.434
Dept. de Atenção Básica

Recebido
16/02/16
[Assinatura]