

Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência

Valores y servicios sanitarios en unidades de salud familiar: accesibilidad física para personas con discapacidad

Furniture and sanitary facilities in family health units: accessibility for physical disability

Kaisy Pereira Martins;¹ Thayris Mariano Gomes;² Tatiana Ferreira da Costa;³ Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa;⁴ Inácia Sátiro Xavier de França⁵

Como citar este artigo:

Martins KP, Gomes TM, Costa TF, Costa KNFM, França ISX. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1150-1155. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1150-1155>

RESUMO

Objetivo: Investigar a acessibilidade física de mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias em Unidades de Saúde de Família. **Método:** Trata-se de pesquisa descritiva exploratória, de base populacional, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Utilizou-se um *checklist* fundamentado na Norma Brasileira 9050. **Resultados:** Dos 90 prédios avaliados, 83,3% dos balcões e das mesas de trabalho e 85,6% dos assentos ambulatoriais estão adequados, como preconizado pela legislação. Entretanto, apenas 24,4% dos bebedouros estão instalados adequadamente. Nenhuma das unidades apresentou textos contendo orientações e instruções escritas em *braille*; 60,0% não têm sanitários adequados, e 92,2% não estão devidamente sinalizados. **Conclusão:** Ainda são muitas as barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência para o uso dos serviços de atenção básica à saúde. Nesse sentido, se faz necessário, intervenções específicas a esse grupo populacional e a avaliação das políticas públicas, para efetivar tudo o que é garantido por lei.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde, Pessoas com Deficiência, Atenção Primária à Saúde.

1 Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Docente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

3 Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Docente do Departamento de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa.

4 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

5 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

ABSTRACT

Objective: To investigate the physical accessibility of furniture, equipment and sanitary facilities in Family Health Units. **Method:** This is an exploratory descriptive research, population-based, carried out in the Family health units of João Pessoa, Paraíba, Brazil. We used a checklist based on the Brazilian Standard 9050. **Results:** From the 90 assessed buildings, 83.3% of branches and desks and 85.6% of outpatient seats are adequate, as recommended by law. However, only 24.4% of the drinking fountains are installed properly. None of the units presented texts containing guidelines and instructions written in braille; 60.0% do not have adequate sanitation, and 92.2% are not properly signed. **Conclusion:** There are still many barriers faced by people with disabilities for the use of primary care services to health. In this sense, specific interventions are necessary to this population group and evaluation of public policies, to accomplish all that is guaranteed by law.

Descriptors: Access to Health Services, Disabled people, Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la accesibilidad física de los muebles, equipos e instalaciones sanitarias en las Unidades de Salud de la Familia. **Método:** Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, una basada en la población, llevado a cabo en las unidades de salud del municipio John Família Pessoa, Paraíba, Brasil. Se utilizó una lista de control basado en el estándar de Brasil 9050. **Resultados:** 90 edificios evaluados, el 83,3% de las oficinas y los escritorios y el 85,6% de los puestos de consulta externa son adecuados, según lo recomendado por la ley. Sin embargo, sólo el 24,4% de las fuentes de agua potable están instalados correctamente. Ninguna de las unidades presenta textos que contienen directrices e instrucciones escritas en Braille; 60.0% no cuenta con saneamiento adecuado, y el 92,2% no ha iniciado correctamente. **Conclusión:** Todavía hay muchas barreras que enfrentan las personas con discapacidad a la utilización de los servicios de atención primaria a la salud. En este sentido, es necesario, intervenciones específicas para este grupo de población y la evaluación de políticas públicas, para llevar a cabo todo lo que está garantizado por la ley.

Descriptores: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Personas con discapacidad, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as pessoas com deficiência (PcD) eram segregadas e excluídas da sociedade. O olhar sobre essa população variava de acordo com a cultura, com o período histórico e os valores existentes. Na saúde pública, a assistência às PcD era limitada à área de prevenção de doenças infectocontagiosas. A reabilitação era entendida como nível terciário da atenção, sob a responsabilidade de instituições filantrópicas e de associações beneficentes. Comumente era oferecida uma assistência muito precária: recursos insuficientes, serviços concentrados em regiões de mais relevância econômica, pouca resolutividade e inadequação à realidade sociocultural da população.¹⁻²

Entretanto, a mobilização da sociedade em função das demandas dessa população, vem contribuindo para o seu desenvolvimento humano, o que resulta em um avanço no processo de politização dos sujeitos sociais. Para isso, os governantes assumiram a responsabilidade cívica e a obrigação ética de desenvolver políticas públicas de proteção destinadas a atender às necessidades desse

segmento social.³ Nesse sentido, não se pode admitir qualquer tipo de preconceito, discriminação, barreira social, cultural e pessoal. Deve-se, portanto, possibilitar o acesso aos serviços, aos bens culturais e aos produtos decorrentes dos avanços sociais, econômicos e tecnológicos da sociedade.⁴

Contudo, embora a temática da inclusão esteja sendo ressaltada e o número de PcD seja considerável, ainda se aponta um perfil de fragilidade, de desarticulação e de descontinuidade de ações nas esferas pública e privada e com baixo índice de cobertura da assistência à saúde desses indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apenas 2% das pessoas com deficiência teriam acesso à reabilitação. Nos países em desenvolvimento, esse número é de 1 a 2 por 10.000 habitantes.²

Desse modo, ao incorporar no conceito de saúde a necessidade do completo bem-estar biopsicossocial, evidencia-se que ter saúde é ter segurança contra os riscos a que os indivíduos estão expostos ao longo da vida e tentar corrigi-los.⁵ Para tanto, o ambiente em que o cliente recebe assistência de saúde deve ter boas condições de instalação física e acomodações e estar de acordo com os regulamentos e as normas institucionais. Além disso, preza-se a atenção humanizada da equipe multiprofissional, pois todo esse conjunto influencia diretamente na qualidade de vida da população.⁶

Nessa perspectiva, a Norma Brasileira (NBR) 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) regulamentou o direito à acessibilidade das pessoas com deficiência.⁷ Por conseguinte, a acessibilidade envolve as possibilidades de o indivíduo se deslocar com segurança, que tanto depende da mobilidade quanto do ambiente físico. Nos serviços de saúde, há duas dimensões a serem consideradas: a dimensão sócio-organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços, e a dimensão geográfica, que está relacionada à distância e ao deslocamento. Esse acesso possibilita que as pessoas utilizem esses serviços de acordo com suas necessidades, em todos os níveis de atenção.⁸

No entanto, ainda são encontrados problemas em relação às boas condições de acessibilidade. No caso das Unidades de Saúde de Família (USF), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas às PcD, apresentando condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso.⁹ Todavia, a atenção primária é um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde dessas pessoas, particularmente naquilo que tange à participação social.¹

Com essa finalidade, são indispensáveis discussões e reflexões acerca da temática, com vistas ao exercício de cidadania dessas pessoas, na perspectiva de compreender o outro, em toda a sua dimensão, para ajudá-lo a melhorar a qualidade de sua vida. Pois, muitas são as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência física e/ou sensorial no que tange à acessibilidade, entretanto, são escassos os estudos sobre a realidade em relação às características físicas dos mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias das instituições de saúde.

Assim, considerando os aspectos até aqui abordados, este estudo teve como objetivo investigar a acessibilidade de mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias em Unidades de Saúde de Família para pessoas com deficiência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Este município apresenta população estimada de 780.738 habitantes e que tem uma área de 211.475 km².¹⁰ A escolha do local é justificada pelo fato de ser a primeira referência da comunidade no acesso a informações e a serviços de saúde.

O universo do estudo foi constituído por todos os prédios que compõem as USF do município de João Pessoa-PB, portanto, o estudo é de base populacional. Esse município é dividido em cinco Distritos Sanitários, com um total de 181 USF, das quais, 60 são individuais, 11, com duas equipes, nove, com três, e 18, com quatro, totalizando 98 prédios. Portanto, a amostra do estudo foi constituída por 90 prédios que compõem as USF. Oito foram excluídos devido à impossibilidade de acesso físico, além de riscos de danos e prejuízos para a pesquisadora pela falta de segurança.

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2014. Inicialmente, foi feito um contato prévio com os responsáveis por cada distrito sanitário, objetivando a liberação do estudo. Os dados foram coletados pela pesquisadora, através de um instrumento *check list* fundamentado na NBR 9050 da ABNT.⁸ Os dados foram coletados por meio da técnica de observação sistemática e foram realizadas medições utilizando-se fita métrica graduada em centímetros, para mensurar a altura e a largura das condições arquitetônicas nas áreas internas das USF.

Para se proceder à análise dos dados, utilizou-se o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0. Para atingir os objetivos propostos, foi necessário aplicar as técnicas estatísticas de análise descritiva e exploratória dos dados.

Para a execução desta pesquisa, foram considerados os princípios básicos da Bioética, postulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme se observa na Tabela 1, em 83,3% das USF, os balcões e as mesas de trabalho atendem à altura de 80 cm do piso, como preconizado pela legislação. Quanto à profundidade dos assentos (45cm) e à sua altura (46cm), 85,6% estão adequados; somente 24,4% dos bebedouros estão instalados a 90 cm do piso; nenhuma das USF tem textos que contêm orientações, instruções de uso de áreas, objetos ou equipamentos regulamentos, normas de conduta e informações escritas em *braille*. Os assentos ambulatoriais com espaço frontal livre de 60 cm estão presentes em 74,4% dos locais.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características do mobiliário. João Pessoa, PB, Brasil, 2014

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Balcões e mesas com altura de 80 cm do piso	75	83,3	15	16,7
Assento tem instalados a 46 cm do piso	77	85,6	13	14,4
Bebedouros estão instalados a 90 cm do piso	22	24,4	68	75,6
Tem informações escritas em <i>Braille</i>	0	0,0	90	100,0
Assentos ambulatoriais reservam espaço livre frontal de 60 cm	67	74,4	23	25,6

A literatura sobre problemas de acesso aos cuidados de saúde enfrentados por PcD é amplamente baseada em dados obtidos dos próprios pacientes. Poucos são os estudos que mostram resultados sobre características de acesso aos edifícios. Como consequência, não há estimativas nacionais e internacionais sobre a proporção de instalações arquitetonicamente acessíveis de equipamentos e mobiliários. A falta de acesso torna mais difícil para que essas pessoas se envolvam no processo de prevenção de saúde. Isso pode, mais tarde, resultar em mais custo ou em problemas mais graves de saúde.

A deficiência é um problema de saúde pública. Estima-se que, em todo o mundo, cerca de um bilhão de pessoas vive nessa condição.¹² Entretanto, a saúde das PcD vem ganhando visibilidade mundialmente e trazendo-lhes bem-estar. Quando os indivíduos apresentam limitações para realizar suas atividades, as intervenções adicionais podem ser necessárias para assegurar o seu acesso aos serviços de saúde, como coordenar os profissionais envolvidos em seu atendimento e criar ambientes que sejam favoráveis e melhorem as condições de mobilização dessa população.¹³

No que se refere aos mobiliários e aos equipamentos das USF, 83,3% dos balcões e das mesas de trabalho atendem à altura de 80 cm do piso; 74,4% dos assentos ambulatoriais têm espaço frontal livre de 60 cm, profundidade de 45 cm e altura de 46 cm, e 85,6% estão adequados, como preconizado pela legislação. Esse resultado corrobora com outros estudos.¹⁴⁻⁵ No entanto, algumas USF não apresentam tal requisito, e a inobservância dessa especificação compromete o acesso do usuário cadeirante, determinando uma sustentação postural inadequada que pode desencadear perturbações de estima e de comportamento.¹⁵

Ressalta-se que, embora o quantitativo de pessoas que convivem com algum tipo de deficiência seja significativo, a acessibilidade para esses indivíduos, nos serviços de saúde, ainda não é satisfatória, isso compromete o desenvolvimento de habilidades pessoais com vistas à promoção da saúde. Além da inadequação do ambiente, observa-se, muitas vezes,

o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades dessas pessoas, o que compromete a qualidade de vida. No entanto, a promoção da acessibilidade no contexto das práticas de saúde funcionará como um fator multiplicador da consciência social sobre a diversidade humana, o que ampliará as possibilidades de se construírem sociedades inclusivas.¹⁶

Em relação aos bebedouros, apenas 24,4% estão instalados a 90 cm do piso. No que diz respeito a esse mobiliário, verificou-se que era inacessível às PcD, contrariando a norma, que determina que 50% dos bebedouros sejam acessíveis por pavimento para respeitar o mínimo de um, e eles devem estar localizados em rotas acessíveis. Além disso, a inacessibilidade aos bebedouros também se dá em função da localização da bica d'água, fixada na parte superior do bebedouro, quando deveria ser do lado frontal, impossibilitando a utilização e manuseio de copos.¹⁷ Outro fator relevante encontrado nesses resultados foi que nenhuma das USF apresentou textos contendo orientações, instruções de uso de áreas, objetos ou equipamentos, regulamentos e normas de conduta e informações escritas em *braille*.

Um dos componentes do direito à saúde (definida como um estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não, meramente a ausência de doença ou enfermidade), é o acesso a intervenções de promoção, prevenção e curativas. As PcD devem receber o mesmo tipo, qualidade e padrão de cuidados de saúde gratuitos e programas como todos os outros. Barreiras, tais como, a incapacidade de fornecer informações de saúde em linguagem texto ou sinal simples são violações dos direitos à igualdade de tratamento e de oportunidades.¹⁸

De acordo com a reflexão ora mencionada, barreiras de acesso à comunicação incluem fatores ou sistemas que limitam a capacidade de um paciente para fazer uma nomeação, providenciar o acompanhamento, compreender as metas de atendimento ou aderir a uma terapia prescrita. Tais fatores incluem uma ampla gama de questões que requerem acomodações para pessoas com deficiência visual ou auditiva e outras deficiências cognitivas.¹⁹

De acordo com o que mostra a Tabela 2, o estudo possibilitou verificar a existência e as características das instalações sanitárias para pessoas com deficiência. Assim, 60,0% das USF não têm sanitários adequados para PcD perto da circulação; 92,2% não estão devidamente sinalizados pelo Símbolo Internacional de Acesso (SIA), e 66,7% não são disponíveis para ambos os sexos.

Tabela 2 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características das instalações sanitárias. João Pessoa, PB, Brasil, 2014

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sanitários adequados para PcD próximo a circulação	36	40,0	54	60,0
Sanitários devidamente sinalizados com SIA*	7	7,8	83	92,2
Sanitários para ambos os sexos	30	33,3	60	66,7

*Símbolo Internacional de Acesso

A Tabela 3 expõe os seguintes dados referentes às instalações das bacias sanitárias: 50,0% têm espaço livre de 1,20 m por 80 cm; 27,8%, barras instaladas na parede lateral e de fundo, das quais 17,8% têm comprimento exigido de 80 cm e 16,7% altura de 75 cm do piso; apenas 22,2% têm bacia sanitária a uma altura de 46 cm; a papelreira com 50 a 60 cm do piso em 14,4%; quanto à válvula de descarga, 48,9% estão a uma altura de 1 metro, e 46,7% funcionam com leve pressão.

Tabela 3 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características da instalação das bacias sanitárias. João Pessoa, PB, Brasil, 2014

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Possui espaço livre de 1,20 m por 80 cm	45	50,0	45	50,0
Parede lateral e de fundo instalados barras	25	27,8	65	72,2
Barras horizontais tem comprimento de 80 cm	16	17,8	74	82,2
Barras horizontais tem altura de 75 cm do piso	15	16,7	75	83,3
Bacia sanitária está a uma altura de 46 cm do piso	20	22,2	70	77,8
Papeleira 50 cm do piso	13	14,4	77	85,6
Válvula de descarga está a uma altura de 1,00 m	44	48,9	46	51,1
Válvula de descarga funciona com leve pressão	42	46,7	48	53,3

Os sanitários e os vestiários devem localizar-se em rotas acessíveis, perto da circulação principal, e ser devidamente sinalizados.⁷ Entretanto, nesta pesquisa, a maioria das instalações sanitárias não é acessível para PcD, pois se localizam distante da maior área de circulação e não têm o SIA.

A legislação determina padrões que atendam às necessidades humanas básicas. Isso, porém, parece contraditório, diante de uma sociedade onde a inclusão e a prática discursiva relativa às PcD tomam rumos diferentes. Nesse sentido, para proporcionar melhores condições de acesso, do ponto de vista estrutural e organizacional, o planejamento é essencial. Então, para assegurar a viabilidade técnica e compatibilizar a necessidade com a disponibilidade de recursos, observando-se os parâmetros legais, o enfermeiro deve participar da proposição e do planejamento da área física nos serviços de saúde, pois a visão da equipe profissional especializada em construções, engenheiros e arquitetos não é suficiente para reconhecer as necessidades assistenciais e as atividades que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde.²⁰

Um estudo realizado no Chile mostrou que 54% dos participantes identificaram os principais edifícios públicos

como barreiras ambientais, e 22% percebem como barreiras os profissionais da área de saúde.²¹ A lei obriga a se garantir a igualdade de acesso para pessoas com deficiência, mas também é responsabilidade dos profissionais priorizarem a acessibilidade em relação ao atendimento e às necessidades do paciente.²²

Ainda de acordo com as instalações sanitárias, no que concerne às instalações das bacias sanitárias, 50,0% têm espaço livre de 1,20 m por 80 cm; 27,8%, barras instaladas na parede lateral e de fundo; e apenas 22,2% têm bacia sanitária a uma altura de 46 cm. Nos EUA, uma pesquisa com pessoas que têm dificuldades de mobilidade obteve resultados diferentes. Os entrevistados não demonstraram preocupações sobre acessibilidade ao banheiro, que, durante tanto tempo, havia sido inacessível, mas foi renovada para melhorar o acesso. Felizmente, existem soluções bastante simples para eliminar essas barreiras, como a instalação de equipamentos acessíveis e o planejamento para promover o envolvimento pessoal adicional, conforme apropriado.²³

Segundo a Tabela 4, 75,6% dos lavatórios não têm coluna, o que facilita a mobilidade da pessoa com deficiência, no entanto, apenas 18,9% estão a uma altura de 80 cm do piso, como preconizado pela NBR 9050, e 1,1% tem torneira de mono comando. Tal achado corrobora com outro estudo.²⁴

Tabela 4 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as características da instalação dos lavatórios. João Pessoa, PB, Brasil, 2014

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	N	%	n	%
Os lavatórios são sem coluna	68	75,6	22	24,4
Estão a uma altura de 80 cm do piso	17	18,9	73	81,1
A torneira é de mono comando	1	1,1	89	98,9

Nos mobiliários disponíveis nas USE, as barreiras ou dificuldades são mais evidentes do que as facilidades. A utilização de cadeiras de rodas impõe limites à execução de tarefas, por dificultar a aproximação dos objetos e o alcance de elementos acima e abaixo do raio de ação de uma pessoa sentada. Esse tipo de situação gera nas pessoas com deficiência medo do futuro, porque ressalta a iminência de sua exclusão e inibe seu esforço na busca do reconhecimento social. As barreiras são consideradas fatores que dificultam a participação e o desenvolvimento das pessoas, pois elas exercem um impacto direto tanto na realização de atividades da vida diária quanto no desempenho social. O ambiente físico, a tecnologia, as atitudes do público em relação à deficiência e os sistemas são aspectos importantes para se garantir a acessibilidade.¹²

Devido à complexidade e à importância da acessibilidade para PcD, que envolve diferentes setores, como educação, cultura, recreação e esportes, deve-se reforçar a capacidade dos sistemas de gestão de saúde para integrar as necessidades dessas pessoas na atenção primária à saúde.^{18,21}

Um estudo mostrou que a maioria das PcD apresenta baixa escolaridade e renda e depende exclusivamente dos recursos disponibilizados pelo governo, como os serviços públicos de saúde.⁸ Entretanto, é necessário investir em programas de capacitação para que essas pessoas melhorem seu nível de escolaridade, possam ter uma vida mais autônoma, realizem atividades laborais adaptadas às suas limitações, busquem seus direitos como cidadãos e, conseqüentemente, melhorem a qualidade de sua vida e de sua saúde.

Como resultado de todo esse processo, é evidente que as PcD cada vez mais estão procurando os serviços de saúde. E como a atenção básica, teoricamente, é a porta de entrada para o sistema público de saúde, possivelmente essa seja a primeira instância onde essas pessoas receberão atendimento. No entanto, ainda há uma dificuldade em relação à obtenção desse acesso, o que demonstra que esses setores não têm funcionado de forma adequada para atender a toda a população.²⁵

CONCLUSÃO

Dotar essas unidades da infraestrutura necessária, de acordo com as necessidades de toda a população, é um desafio, pois é preciso entender que, para se promover a acessibilidade, é fundamental que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à PcD, como produtos, instrumentos ou equipamentos adaptados para melhorar a funcionalidade dessas pessoas e favorecer sua autonomia pessoal, total ou assistida.

Nesse sentido, intervenções específicas e dirigidas a esse grupo populacional e a avaliação das políticas públicas vigentes, para efetivar tudo o que é garantido por lei seriam uma forma de minimizar as dificuldades decorrentes da deficiência e promover a atenção integral em saúde. Assim, é necessário ver essas pessoas como verdadeiros cidadãos, reduzir o preconceito e a discriminação e promover políticas públicas e institucionais que respaldem as necessidades físicas, clínicas e psicossociais desses indivíduos.

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

REFERÊNCIAS

- Othero MB, Dalmaso ASW. Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center. 2009. . 13(28):177-188.
- Souza FR, Pimentel AM. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. 2012. 20(2):229-237.
- França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS. Policies for the inclusion of disabled people: limits and possibilities. 2008. . 21(1):112-116.
- Rebouças CBA, Cezario KG, Oliveira PMP, Pagliuca LMF. People with physical and sensory deficits: perceptions of undergraduate nursing students. 2011. . 24(1):80-86.
- Nunes MI, Santos M, Ferretti REL. . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

6. Kawamoto EE, Fortes JI. . 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
7. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). : Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
8. Amaral FLJSA, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JP, Neves RF, Ribeiro KSQS.; . 2012. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. 17(7):1833-1840.
9. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. 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. 2009. 2009. 14(1):39-44.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). . Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília, DF, 2013.
12. Ruiz CPS, Ramírez CR, Miranda JPA, Camargo LVR, Urquijo LYG, González NC. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. 2013. 45(1).
13. Gulley SP, Rasch EK, Chan L. The Complex Web of Health: Relationships Among Chronic Conditions, Disability, and Health Services. 2011. . 126(4):495-507.
14. Nascimento VF. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. 2012. 3(3):1031-1044.
15. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Symbolical violence in the access of disabled persons to basic health units. 2010. . 63(6):964-970.
16. Souza ELV, Moura GN, Nascimento JC, Lima MA, Pagliuca LMF, Caetano JA. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual. 2012. 13(3):542-551.
17. Silva JVP, Tosta QP, Otto HR, Lins ACS, Sampaio TMV. Acessibilidade às pessoas com deficiência física e visual no Parque Esportivo Itanhangá. 2012. 8(2):249-258.
18. Tomlinson M, Swartz L, Officer A, Chan KY, Rudan I, Saxena S. Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. 2009. 374(9704):1857-1862.
19. Lagu T, Iezzoni LI, Lindenauer PK. The Axes of Access — Improving Care for Patients with Disabilities. 2014. 370:1847-1851.
20. Kurcgant P. . 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
21. Floyd MH, Zambrano JÁ, Antó AM, Jiménez CS, Solórzano CP, Díaz AL. Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. 2012. . 28(2):227-237.
22. Leal DR, Mattos GD, Fontana RT. Worker with physical disability: weaknesses and disorders self referred. 2013. . 66(1):59-66.
23. Iezzoni LI, Kilbridge K, Park ER. Physical access barriers to care for diagnosis and treatment of breast cancer among women with mobility impairments. 2010. 37(6):711-717.
24. Mudrick NR, Breslin ML, Liang M, Yee S. Physical accessibility in primary health care settings: Results from California on-site reviews. 2012. . 5(3):159-167.
25. Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. 2011. . 32(2):378-384.

Recebido em: 17/02/2016
Revisões requeridas: Não houve
Aprovado em: 25/02/2016
Publicado em: 05/10/2018

Autora responsável pela correspondência:

Kaisy Pereira Martins
Rua Golfo de Lion nº 22
Intermares, Paraíba, Brasil
CEP: 58.032-102
E-mail: <kaisyjp@hotmail.com>