

Physical surroundings of primary care units and the challenge of accessibility in Presidente Prudente

Análise de dispositivos externos de acessibilidade nos serviços municipais de saúde: uma abordagem para deficientes físicos

ABSTRACT | Introduction: *Access to public health network is most often provided by primary care units. However, people with disabilities may face a variety of external physical barriers surrounding these health care facilities, preventing them from getting full benefit of the services provided. Objective:*

To analyze the adequacy of the existing disability-friendly urban arrangements in the city of Presidente Prudente-SP, as well as their spatial distribution. Methods: *The surrounding area of nineteen health units and the potential obstacles for the disable were studied: bus stops, slope of ramps, sidewalks, parking and adjacent pay phones. Laws regulating accessibility were used as reference.*

Spatial statistical analysis was carried out for the location of units and distribution of inadequacies, using TerraView software with Kernel density estimation and hotspot mapping. Results: *Of the nineteen units, twelve had some sort of barrier distributed as follows: ten (52.6 %) sidewalks with gaps, four (21 %) with trees/bushes and two with holes (10.5 %). Only one of the existing public telephones was adapted. Conclusion:*

Despite city and federal regulations, none of the health care units was fully compliant, thus hindering the access of disable people. These barriers unlawfully disregard the rights of persons with disabilities, making health services much less accessible and equitable for vulnerable people.

Keywords | *Health services accessibility; Spatial analysis; Disabled persons.*

RESUMO | Introdução: O acesso à rede pública de saúde é mais frequentemente feito pelas unidades básicas, mas uma parcela de pessoas com deficiência pode encontrar barreiras físicas externas que a impede de obter seu pleno benefício. **Objetivo:** Analisar a adequação dos dispositivos externos de acessibilidade para deficientes físicos aos serviços no município de Presidente Prudente – SP, bem como sua distribuição espacial. **Métodos:** Foram estudadas dezenove unidades de saúde. Os dispositivos de acessibilidade externa analisados foram: características dos pontos de ônibus, inclinação das rampas, existência de obstáculos nas calçadas, estacionamento e telefones adaptados adjacentes às unidades. Adotou-se como referência de adequação a Lei nº 10.098/2000 e a NBR 9050/2004. Realizou-se análise de estatística espacial, para a localização das unidades e distribuição das inadequações, utilizando o software TerraView, por meio de mapas pontuais de Kernel. **Resultados:** Das dezenove unidades, doze apresentaram algum tipo de barreira, assim distribuídas: dez (52,6 %) tinham calçadas com desníveis; quatro (21 %), com árvores/arbustos; e duas (10,5 %), com buracos. Apenas um dos telefones públicos existentes estava adaptado. **Conclusão:** Apesar da existência dos dispositivos, nenhuma das unidades respeitou todos os itens da norma, dificultando o acesso de maneiras variadas. As barreiras representam uma privação ao direito à saúde do deficiente, tornando penosa a utilização dos serviços, o que, conseqüentemente, pode diminuir sua adesão, prejudicando a necessária equidade para essa população vulnerável.

Palavras-chave | Acesso aos serviços de saúde; Análise espacial; Pessoas com deficiência.

¹Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente/SP, Brasil

²Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

O acesso à rede pública de saúde é mais frequentemente feito pelas unidades básicas, mas uma parcela de pessoas com deficiência pode encontrar barreiras físicas externas que a impede de obter seu pleno benefício.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Por equidade, entende-se a igualdade no acesso à saúde de acordo com as necessidades de cada cidadão¹.

Define-se acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para utilização com segurança e autonomia de edificações, espaços e equipamento urbano e elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares².

Os deficientes físicos em particular têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente aqueles localizados nas periferias das cidades. Ter limitações, no entanto, não diminui os direitos e deveres da pessoa, pois ela é cidadã e faz parte da sociedade como todas as demais³.

A Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000⁴ estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Ainda de acordo com essa lei, devem ser observados os parâmetros estabelecidos pelas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 9050.

A falta de acessibilidade ou sua limitação afetam os portadores de deficiência, prejudicando seu livre acesso aos equipamentos de saúde e limitando diretamente seus direitos como cidadãos^{5,6}.

Existem investimentos por parte dos municípios para instalar dispositivos de acessibilidade, muitas vezes por pressão de autoridades judiciais. Porém sua correta edificação não é completamente obedecida, em especial na periferia, onde a estrutura geralmente é mais precária e carente de investimentos.

A acessibilidade vai além do simples fornecimento do recurso em um espaço-tempo, ela deve incluir detalhes construtivos que possam facilitar a utilização de um espaço pelo usuário⁷. Pode ser definida como as características de um serviço de saúde analisando-o sob o aspecto da capacidade da população de utilizá-lo⁸.

Encontram-se, na literatura científica, recentes estudos sobre a acessibilidade nas edificações destinadas à saúde, demonstrando melhorias, ainda que não plenamente corretas. Porém acredita-se que para ser pleno o exercício do direito de mobilidade entre o domicílio e a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Programa da Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), em um sistema público, o usuário deva ter total autonomia⁹.

A presente pesquisa visou contribuir para o levantamento de dados nas unidades de atenção primária à saúde no município de Presidente Prudente, situado no oeste do estado de São Paulo, a fim de investigar e analisar a adequação dos dispositivos externos para o acesso de pessoas com deficiência física e disponibilizar informações necessárias para colaborar com a resolução de problemas, pressupondo a existência de situações semelhantes em outras áreas geográficas. Enfocaram-se tanto a obediência aos conceitos e às normas legais e construtivas como as falhas no seu atendimento.

MÉTODOS |

A pesquisa tem uma abordagem metodológica descritiva seguida de análise espacial.

A escolha do município deve-se ao fato de ele apresentar, em quantidade considerável, tanto ESFs quanto UBS, espacialmente distribuídas por toda área de estudo, havendo a necessidade de parâmetros de acessibilidade nesses locais.

Foram incluídas no estudo 19 das 22 unidades de saúde públicas ambulatoriais existentes segundo dados da prefeitura municipal. Foram excluídas três unidades localizadas nos distritos. Coletou-se informações de doze UBS, cinco ESFs, um pronto atendimento 24 horas e uma unidade de saúde de referência. Não foram incluídos hospitais e serviços privados.

Foram visitadas todas as unidades relacionadas e feita a documentação fotográfica dos aspectos de interesse quanto à acessibilidade externa. A coleta de dados foi realizada durante o período de fevereiro a maio de 2013 exclusivamente pelos autores do trabalho. Foi feita a consolidação dos dados em planilhas eletrônicas contendo *checklist* de todos os dispositivos de acessibilidade externos. Os parâmetros normativos tomados como referência foram os princípios e diretrizes do SUS, Lei nº 10.098/2000 e NBR 9050/2004.

Os dispositivos estudados foram: as características dos pontos de ônibus, inclinação das rampas de acesso, a existência de obstáculos nas calçadas, vaga de veículos para deficientes e telefone adaptado.

Os pontos de ônibus não estão na NBR 9050/2004 como parâmetro de acessibilidade, contudo foram acrescidos, pois se verificou que há linhas que possuem alguns veículos adaptados.

Foram tomadas as medidas das rampas e calculadas suas inclinações pela fórmula contida na norma, assim como foram verificados os tipos de obstáculos e as características das vagas e dos telefones adaptados.

Em seguida, foram feitas análises utilizando estatística espacial com o *software* TerraView, pois ele permite visualizar a distribuição das unidades assim como a espacialização das principais deficiências encontradas¹⁰. Utilizando a estatística espacial, é possível modelar a ocorrência dessas

deficiências, incorporando, por exemplo, possíveis fatores determinantes, a estrutura de distribuição espacial ou a identificação de padrões e análise de frequência¹¹.

A localização das unidades de saúde e respectivos parâmetros foram estudados como um conjunto de pontos distribuídos na região de estudo. Trata-se de um processo que varia no espaço e pode ser descrito em termos globais. A análise estatística espacial envolvida neste contexto foi a Estimação por Kernel¹².

RESULTADOS |

Apresentam-se a seguir os principais fatores físicos encontrados que prejudicam o acesso de deficientes físicos segundo a ordem de surgimento no caminho desde o ponto de ônibus até o local de ingresso na unidade. A Tabela 1 é um consolidado dos obstáculos encontrados neste trajeto.

Tabela 1 - Unidades de saúde segundo parâmetros físicos dos itens de acessibilidade. Presidente Prudente-SP, 2013

Nº	Unidades de Saúde	Cobertura ponto de ônibus		Inclinação da rampa (%)	Rebaixam. meio-fio	Árvore/ Arbusto	Placa/ Poste	Desnível	Buraco
		com	sem						
1	Palácio da saúde	1	1	18.46	2	-	-	-	-
2	PA 24h Ana Jacinta	2	2	10.91	2	1	-	1	-
3	PSF Alvorada	2	-	12.00	2	-	1	-	-
4	PSF Belo Horizonte	1	1	-	-	-	-	-	-
5	PSF Humberto Salvador	-	-	12.00	2	-	1	1	-
6	PSF Morada do Sol	1	1	-	1	-	-	1	-
7	PSF Primavera	-	1	-	2	-	-	-	-
8	UBS Belo Horizonte	-	2	9.23	2	-	-	1	sim
9	UBS Brasil Novo	1	1	-	2	-	-	1	-
10	UBS Cohab	2	-	12.00	1	-	-	1	-
11	UBS Guanabara	1	1	11.01	2	-	-	-	-
12	UBS Maré Mansa	1	-	-	-	1	-	1	-
13	UBS Nova Prudente	1	1	-	2	-	-	-	-
14	UBS Parque Cedral	1	2	10.43	1	-	-	1	-
15	UBS Santana	-	-	14.46	-	-	1	-	-
16	UBS São Judas Tadeu	1	-	-	1	-	-	-	-
17	UBS São Pedro	-	1	-	1	2	-	1	sim
18	UBS Vila Marcondes	-	1	-	2	4	-	1	-
19	UBS Vila Real	-	-	10.91	2	-	-	-	-

* (-) ausência do parâmetro analisado.

Os pontos de ônibus avaliados foram os situados próximo às entradas das unidades. Das dezenove unidades, doze (63 %) apresentaram cobertura no ponto de ônibus, porém em nenhum dos pontos se encontraram espaços para pessoas em cadeira de rodas (PCR) ou anteparos.

O intervalo do parâmetro da inclinação de rampas normatizado é de 8,33 a 12,5 % e foi calculado segundo medidas de largura e comprimento. Do total de unidades, nove (47 %) não apresentaram rampas. Das demais, apenas oito (42 %) estão dentro do intervalo exigido. Duas unidades de saúde (11 %) apresentaram inclinações que excederam o valor máximo, impossibilitando o acesso à calçada pelo deficiente físico.

Em relação às calçadas, das dezenove unidades, doze (63 %) apresentaram algum tipo de barreira importante, ficando assim distribuídas: dez (52,6 %) tinham calçadas

com desníveis; quatro (21 %), com árvores/arbustos; e duas (10,5 %), com buracos.

Outro aspecto importante que merece atenção refere-se às vagas de veículos para deficientes, presentes em apenas três unidades de saúde. Além disso, nenhuma delas apresentou todas as características que obedeceriam aos parâmetros. Quanto aos telefones públicos, apenas um estava adaptado.

As fotos (Figura 1) dos ESFs e UBS ilustram algumas das barreiras descritas acima. Ao lado de uma unidade de saúde, observou-se um ponto de ônibus entre uma árvore e um poste, que podem ser obstáculos ao deficiente; não há rampa e existem buracos no trajeto (Figura 1A). Pode-se observar, na Figura 1B, no ponto de ônibus mais próximo à UBS, a falta de calçada e de rampas e a presença de vários obstáculos no trajeto.

Figura 1 - Exemplo dos tipos de obstáculos impedindo o livre trajeto do deficiente físico. Presidente Prudente-SP, 2013



*Conteúdo da Figura 1:

- A - presença de árvore, poste e buracos como obstáculos.
- B - Falta de pavimentação e presença de obstáculos no trajeto até o UBS.
- C - Exemplo de desnível acentuado e presença de obstáculo na calçada do ponto de ônibus.
- D - Estacionamento e sinalização vertical conforme quesitos da NBR/9050.

Um exemplo de desnível acentuado pode ser verificado na Figura 1C, na qual o ponto de ônibus está na área de desnível, e, próximo a ele, há uma árvore que serve de obstáculo ao cadeirante no acesso à unidade de saúde.

Enfim, pode-se visualizar um exemplo de estacionamento e sinalização vertical para deficientes físicos cumprindo alguns quesitos da norma na Figura 1D.

Outro aspecto que merece atenção refere-se às vagas de veículos para deficientes. Observou-se que apenas quatro obedeceram à norma (sinalização, tamanho e localização). Quanto ao transporte público, apesar da existência de pontos de ônibus próximo a todas as unidades e de as linhas possuírem alguns veículos adaptados, há obstáculos no trajeto entre os pontos e as unidades.

DISCUSSÃO |

O deficiente físico tem a opção do transporte público com ônibus adaptados em determinados horários, mas pode acabar sendo vencido por obstáculos quando chega ao seu destino, principalmente nas zonas periféricas da cidade. Próximo das unidades de saúde, os pontos de ônibus analisados não seguiam as normas, além de estarem localizados em calçadas com variados tipos de obstáculos que impediam as pessoas com deficiência física de chegar às unidades. Outros obstáculos, como raízes de

árvores e carros estacionados, foram identificados em outra pesquisa¹³.

Mesmo utilizando veículos próprios, os deficientes podem encontrar problemas causados por vagas não sinalizadas ou insuficientes. Tal fator é relevante, como demonstrado em um estudo no qual as vagas sinalizadas e em número suficiente garantem segurança e conforto ao deficiente físico¹⁴.

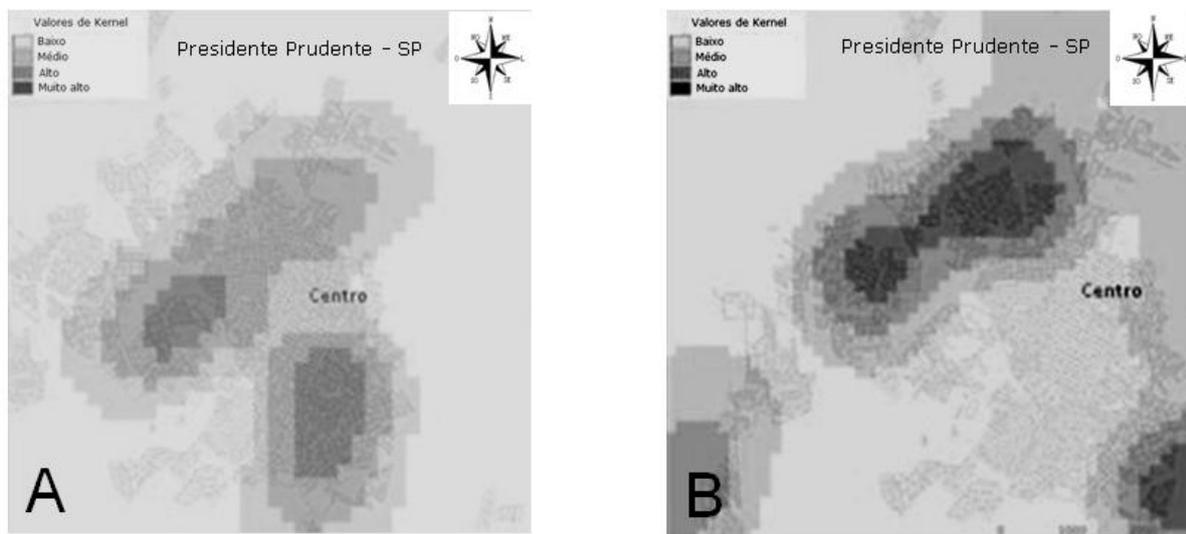
Embora não seja o foco do trabalho, deve-se destacar que, com o envelhecimento da população brasileira, as barreiras arquitetônicas afetam não só deficientes físicos como também os idosos sem deficiência, ampliando a importância do presente estudo.

O problema de acessibilidade das unidades de saúde, causado por obstáculos e má conservação das calçadas, é amplo, pois atinge também a população geral, podendo causar possíveis acidentes. Constatou-se que o problema não se restringe ao presente município, tendo sido encontrado em outros estudos brasileiros¹⁵⁻¹⁷.

Os resultados de outros estudos também se mostraram preocupantes, enfatizando a abrangência do problema: somente 29,6 % das UBS possuíam rebaixamento da calçada e, em apenas 7,4 %, o trajeto estava livre de obstáculos^{14,18}.

Com a análise espacial, pelo mapa das unidades, observou-se que elas concentram-se em áreas periféricas da cidade (Figura 2A), em especial nas regiões oeste e sul. Porém a

Figura 2 - (A) Mapa de Kernel da distribuição das unidades de saúde e (B) localização das unidades de saúde com rampas irregulares segundo áreas da cidade. Presidente Prudente-SP, 2013



existência de irregularidades nas rampas se concentrou na região norte (63 %) (Figura 2B). Nesta região, o número de unidades é menor, entretanto a irregularidade nas rampas foi encontrada em maior concentração.

As unidades estão localizadas na periferia com o objetivo de descentralizar a saúde, mas a falta de estrutura e de acessibilidade também se concentra na periferia.

Segundo dois dos princípios filosóficos do SUS, a universalidade e a equidade, todos devem ter acesso ao atendimento, sem distinção ou restrições. A oferta de atenção deve disponibilizar recursos com igualdade, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, direcionando maior atenção aos que mais precisam, uma vez que a equidade é um princípio de justiça social¹⁹.

De acordo com os resultados, pode-se verificar que esses princípios não são cumpridos plenamente, pois existem restrições. Além de não se dar uma maior atenção às necessidades das pessoas com deficiência física, dificulta-se o recebimento da oferta de saúde.

Nenhuma das dezenove unidades de saúde estudadas atendia de forma completa as normas construtivas e recomendações da NBR/9050, mesmo se tratando de unidades edificadas e gerenciadas pelo poder público.

Com relação às diretrizes do SUS, podem ser detectados avanços, como a regionalização, pela melhor distribuição espacial dos serviços nas regiões sanitárias, e a descentralização, entendida como a redistribuição de recursos e responsabilidades. Mediante análise, pode-se aferir que, com a descentralização e a regionalização, a saúde busca aumentar sua área de cobertura e chegar aos bairros mais afastados, mas, segundo nossos resultados, essas áreas nas periferias não têm uma satisfatória qualidade de acesso devido a falhas na infraestrutura.

O acesso ao serviço de saúde é um assunto multidisciplinar e complexo. Este projeto foi voltado somente para o estudo dos dispositivos externos e envolveu apenas um município. Deixou-se de analisar entidades tais como hospitais ou outras unidades de referência, pois são em menor número, e o transporte do paciente até elas é feito, com frequência, por veículos especiais.

Apesar disso, os dados retrataram uma situação que pode ser encontrada em outros municípios, confirmando a necessidade

de buscar informações que expressem a realidade brasileira. Só então será possível a resolução eficiente desses problemas.

CONCLUSÃO |

A inadequação dos dispositivos externos de acesso é um fato preocupante, já que o paciente com deficiência física encontra barreiras, como buracos, desníveis e outros obstáculos pelo trajeto, até adentrar a rede de saúde. Não basta a existência de dispositivos para acesso se os parâmetros das leis e normas estabelecidas não são cumpridos, como foi demonstrado pelos resultados obtidos. Tais barreiras representam uma privação ao direito à saúde, tornando a utilização dos serviços penosa para pessoas com deficiência física e podendo diminuir a adesão delas. O simples fato de a edificação obedecer a determinações legais não é o bastante. Para cumprir sua função, os serviços de saúde precisam dar mais atenção à questão da acessibilidade.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Vol. 8, Brasília: CONAAS; 2007.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2004 [acesso em: 4 ago. 2012]. Disponível em: URL: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_genericoimagens-filefield-description%5D_24.pdf>.
3. Godoy A, Nunes CP, Reis DA, Hatem DS, Lorentz LN, Ferreira MJ, et al. Cartilha da inclusão dos direitos da pessoa com deficiência. Belo Horizonte: PUC/MG. 2000.
4. Brasil. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2000 [citado em 4 ago. 2012]. Disponível em: URL: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.html>>.
5. Santos LKS. Diretrizes de arquitetura e design para adaptação da habitação de interesse social ao cadeirante.

[Tese Dissertação em Construção Civil]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004

6. Carvalho LR. Ergonomia e o trabalho do portador de necessidade motora específica: o caso do cadeirante. [Tese Dissertação em Engenharia de Produção]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(Supl 2):190-8.

8. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):197-206.

9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*. 2003; 3(1):113-25.

10. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). Projeto TerraView. São José dos Campos [acesso em: 28 jul. 2012] Disponível em: URL: <<http://www.dpi.inpe.br/terraview/index.php>>.

11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Introdução à estatística espacial para a saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

12. Câmara G, Carvalho M. Análise de processos pontuais. São José dos Campos, 2001 [citado em 6 mai. 2013] Disponível em: URL: <<http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/cap2-eventos.pdf>>.

13. Pagliuca LMF, França ISX, Moura ERF, Caetano JA, Macedo KNF, Vasconcelos LR. et al. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. [relatório de pesquisa]. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2004

14. Vasconcelos L.R. Acessibilidade dos portadores de deficiência física: obstáculos no percurso casa. [monografia graduação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.

15. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006; 10(3):494-500.

16. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiências às unidades básicas de saúde. *Rev bras Enferm*. 2010 63(6):964-970.

17. Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):581-8.

18. Silva JF. Barreiras arquitetônicas no caminho do deficiente físico às unidades de saúde. 2003. [monografia graduação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.

19. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997; 13(2):325-330. [citado em 2014 ago. 31]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000200024&lng=en&nrm=iso>.

Correspondência para/Reprint request to:

Guilherme Trindade Batistão

Rua Lindolpho Ferreira Lobo, 132,

Damba I, Presidente Prudente - SP, Brasil

CEP: 19053-713

Tel.: (18) 997170290

E-mail: guilhermeth.med@botmail.com

Submetido em: 17/03/2014

Aceito em: 03/09/2014