

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SAMIRA NASCIMENTO MAMED

**ACESSIBILIDADE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NAS
UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE
GOIÁS**

GOIÂNIA, 2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

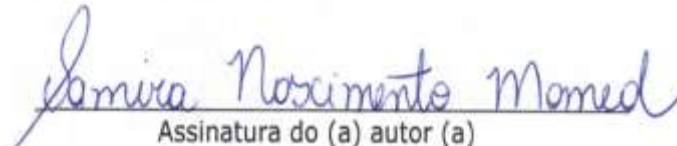
Nome completo do autor: Samira Nascimento Mamed

Título do trabalho: Acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: 25 / 08 / 2016

SAMIRA NASCIMENTO MAMED

**ACESSIBILIDADE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NAS
UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE
GOIÁS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para
a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de Pesquisa: Gestão e formação de Recursos Humanos para a integralidade
do cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso

GOIÂNIA, 2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Mamed, Samira Nascimento

Acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da atenção primária no estado de Goiás [manuscrito] / Samira Nascimento Mamed. - 2016.

128 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. 5. Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde. I. Rosso, Claci Fátima Weirich, orient. II. Título.

CDU 616-083



FEN



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE SAMIRA NASCIMENTO MAMED. Aos trinta e um dias do mês de março de dois mil e dezesseis (31/03/2016), às 09h00, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: **Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso**, **Profa. Dra. Ana Lucia Queiroz Bezerra**, **Profa. Dra. Vanessa Helena Santana Dalla Déa**, sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada na Sala Alzira da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada **ACESSIBILIDADE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE GOIÁS**, de autoria de **Samira Nascimento Mamed**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da **Banca Examinadora, Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso**, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, fez a apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinada, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a Dissertação foi **APROVADA**, por unanimidade, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela Banca e com o comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e ou internacional. Cumpridas as formalidades de pauta, às 12h00, a presidência da mesa encerrou esta sessão de defesa de Dissertação de Mestrado e, para constar eu, Mayana Paula de Souza Santos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei esta ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em quatro vias de igual teor.

Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso
Presidente da Banca e Orientadora – FEN-UFG

Profa. Dra. Ana Lucia Queiroz Bezerra
Membro efetivo, interno ao Programa – FEN-UFG

Prof. Dra. Vanessa Helena Santana Dalla Déa
Membro efetivo, externo ao Programa – FEF-UFG

Dedico essa dissertação a Deus e Maria Santíssima;
Aos meus pais Maria José e Samir;
Às minhas irmãs Sâmia e Surama e meus queridos sobrinhos
João, Maria, Valentina, Betânia, Pedro e Cecília;
Ao meu amor e companheiro Hugo Leonardo;
Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir conquistar mais um sonho com saúde física, mental e espiritual; por Suas promessas que se cumprem em mim da maneira mais linda; pelo amor e cuidado imensuráveis durante todos os momentos da minha trajetória. Tu és meu Rei! Te Amo!

À minha mãe celestial, Maria Santíssima, que me fortaleceu, acolheu e levou até seu Filho Jesus, todas minhas dificuldades e preces para tornar mais leve a minha caminhada.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Claci Fátima Weirich Rosso, pelos ensinamentos, dedicação e incentivo até a conclusão desse estudo. Além de Mestre, foi uma verdadeira amiga em todos os momentos. Obrigada por todas as oportunidades de crescimento até aqui. Você merece todo mérito, respeito e admiração de uma grande orientadora. Que Deus e Nossa Senhora continuem iluminando seus caminhos.

Aos meus pais Maria José e Samir por todo cuidado, amor e apoio incondicionais em toda minha vida; pelas vezes que não mediram esforços para oferecer educação e conforto de melhor qualidade para que eu chegasse até aqui. Amo vocês!

Às minhas irmãs Sâmia e Surama por serem minhas melhores amigas e oferecerem todo refúgio quando precisei, por vibrarem e se orgulharem comigo a cada vitória. Amo Vocês!

Aos meus amados sobrinhos João, Maria, Valentina, Betânia, Pedro e Cecília por alegrar e encher meus dias de amor e simplicidade. Vocês são os melhores! Amo vocês!

Ao meu esposo, Hugo, pelo amor, companheirismo, dedicação, paciência e incentivo em todos os momentos, tornando-os leves e ao mesmo tempo dando força para eu seguir em frente. Amo Você!

Às Professoras Vanessa Helena Santana Dalla Déa e Ana Lúcia Queiroz Bezerra por aceitarem participar da banca da minha dissertação e pelas contribuições enriquecedoras para esse estudo.

Às Professoras Denize Bouttelet Munari e Marta Rovey de Sousa pelas parcerias e valiosas contribuições para este estudo.

Aos meus amigos de infância e adolescência por participar de todas as minhas conquistas até aqui, por entender minha ausência em alguns momentos, mas fazerem o possível para que nossos corações estivessem sempre interligados.

Às minhas amigas de graduação Raquel Rosa, Paula Ávila, Thuany Cavalcante e Paulie Marcellly, que se tornaram amigas para vida toda, por tamanho apoio, amor, incentivo e parceria de sempre. Amo Vocês!

À amada Suiany Dias por tamanho companheirismo, ajuda, parceria, ensinamentos, carinho e risadas em todos esses anos de convivência. Sua amizade tornou-se especial!

Aos colegas Igor, Juliana e Thays Angélica pela ajuda e apoio ao longo dessa trajetória.

Aos meus colegas de trabalho da UPA Noroeste e, atualmente, da Vigilância Epidemiológica de Goiânia pelo incentivo, apoio, compreensão e motivação todas as vezes que precisei.

Ao Ministério da Saúde e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás pelo incentivo financeiro.

Aos meus queridos professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás por incentivar os melhores caminhos da graduação e pós-graduação. Devo a vocês grande parte da profissional que sou hoje.

Aos servidores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás pelas contribuições e paciência durante toda a trajetória.

Aos participantes da pesquisa pela contribuição ao estudo, permitindo que o mesmo fosse finalizado com êxito.

Agradeço a todos que, de alguma forma, participaram da realização dessa conquista e me fizeram melhor e mais realizada nessa etapa da minha vida.

“A teoria sem a prática vira ‘verbalismo’, assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”

Paulo Freire

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	09
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS.....	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	11
RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	13
RESUMEN.....	14
APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
3.1 – Pessoas com deficiência física no Brasil.....	31
3.2 – Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	42
4. METODOLOGIA	58
4.1 – Tipo de estudo	59
4.2 – Local do estudo	60
4.3 – Amostra do estudo.....	61
4.4 – Coleta de dados	61
4.5 – Análise dos dados.....	62
4.6 – Aspectos éticos.....	64
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5.1 – Caracterização da estrutura física quanto à acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás.....	66
5.2 – Organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência física nas unidades da Atenção Primária no estado de Goiás.....	78
6. CONCLUSÃO.....	89
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	95
GLOSSÁRIO.....	109
ANEXO 1 – Instrumento de Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica do PMAQ-AB – Ciclo 1.....	114
ANEXO 2 – Instrumento de Avaliação Externa das Equipes de Atenção Básica do PMAQ-AB – Ciclo 2.....	120
ANEXO 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	126

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** [Interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde].....36
- Figura 2:** [Pessoas residentes em Goiás com deficiência física/motora que não conseguem exercer a função motora de modo algum, Goiás, 2016].....40
- Figura 3:** [Pessoas residentes em Goiás com deficiência física/motora com grande dificuldade para exercer a função motora, Goiás, 2016].....40
- Figura 4:** [Pessoas residentes em Goiás com deficiência física/motora com alguma dificuldade para exercer a função motora, Goiás, 2015].....41
- Quadro 1:** [Principais marcos em Leis e decretos destinados as pessoas com deficiência na abordagem à saúde].....38
- Quadro 2:** [Quadro com as variáveis utilizadas no estudo, baseado nos instrumentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ-AB, 2012 e 2014].....63
- Quadro 3:** [Número de municípios e unidades de saúde do estado de Goiás distribuído em classes, segundo porte populacional, Goiás, 2016].....67

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: [Características da estrutura física quanto à acessibilidade que estão disponíveis nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, PMAQ-AB Ciclo1, 2016].....69

Tabela 2: [Características da estrutura física quanto à acessibilidade que estão disponíveis nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, PMAQ-AB Ciclo 2, 2016].....71

Gráfico 1: [Disponibilidade de cadeira de rodas em unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, 2016].....77

Gráfico 2: [Realização de registro do número de casos de usuários com deficiência pelas equipes de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, Goiás, 2016].....85

Gráfico 3: [Registro de usuários que necessitam de órtese, prótese ou meio de locomoção, pelas equipes de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, 2016].....87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS – Atenção Primária à Saúde
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CONADE – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde.
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipes de Atenção Básica
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF- Equipe de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
MTPS – Ministério do Trabalho e Previdência Social
NBR – Norma Brasileira Regulamentadora
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PROADESS – Projeto de Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SPSS – Software Statistical Package of Social Scienses
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
WHO – World Health Organization

RESUMO

Introdução: A acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da Atenção Primária tem papel fundamental no usufruto dos serviços de saúde. A organização dos serviços de saúde voltada para essa população, unida à acessibilidade, se faz necessária perante o número expressivo de pessoas com deficiência na população do Brasil e do estado de Goiás. **Objetivo:** Analisar a acessibilidade às pessoas com deficiência física aos serviços de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás. **Metodologia:** Estudo descritivo de corte transversal utilizando dados secundários da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Estudo foi realizado nos 246 municípios do estado de Goiás. Amostra constituída por 1216 unidades de saúde e 677 profissionais de saúde no Ciclo 1; e 975 unidades de saúde e 1180 profissionais de saúde no Ciclo 2 do PMAQ-AB. A coleta de dados foi realizada de junho a agosto de 2012 no Ciclo 1, e de janeiro a março de 2014 no Ciclo 2. As variáveis foram analisadas de forma descritiva e apresentadas por meio de frequências, médias e números absolutos. **Resultados:** Identificou-se que apenas 30% a 40% das unidades de saúde possuem calçadas, pisos e rampas acessíveis às pessoas com deficiência. Entre 20% e 35% das unidades de saúde possuem portas e corredores adaptados, à exceção das unidades dos municípios com até 50.000 habitantes no Ciclo 2 que atingiram quase 50% das unidades com esses elementos. Em relação aos banheiros adaptados, menos de 20% das unidades de saúde no Ciclo 1 os possuíam, enquanto que no Ciclo 2 entre 20% e 55% das unidades apresentaram essa característica. Quanto à organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência, encontrou-se que quase 95% das equipes realizavam definição da área de abrangência, no entanto apenas a metade delas possuíam registros do número de casos de pessoas com deficiência. **Conclusão:** As unidades de saúde e os serviços de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás não estão estruturados quanto à acessibilidade para as pessoas com deficiência física, fragilizando, assim, a assistência à essa população. Nesse sentido, faz-se necessário investimentos por parte dos gestores e profissionais de saúde para educação permanente e recursos financeiros para instrumentalizar essas unidades e equipes de saúde para prestarem um cuidado de forma universal, integral e humanizada às pessoas com deficiência física.

Palavras-Chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Pessoas com Deficiência; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Accessibility for disabled people at primary healthcare units has a fundamental role in the use of health services, as well as the organization of health services targeted at this population, since there is an impressive number of disabled people in the state of Goiás and in Brazil in general. **Objective:** To analyze accessibility of disabled people to primary healthcare services in the state of Goiás. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted with secondary data from an external evaluation of the National Program for Improvement of Access and Primary Healthcare Quality (PMAQ-AB, as per its acronym in Portuguese). The study was developed in all 246 cities of Goiás. The sample was made up of 1,216 healthcare units and 677 healthcare professionals in the cycle 1 of PMAQ-AB; and 975 healthcare units and 1,180 healthcare professionals in the cycle 2 of PMAQ-AB. Data were collected between June and August 2012 in the cycle 1 and from January to March 2014 in the cycle 2. The variables were analyzed descriptively and presented by means of absolute numbers, frequencies and means. **Results:** Only 30% to 40% of the studied healthcare units had sidewalks, floors and ramps accessible to disabled people. Between 20% and 35% of the healthcare units had adapted doors and hallways, except for units in cities with up to 50,000 inhabitants in cycle 2, which accounted for almost 50% of the units with these elements. Regarding adapted restrooms, less than 20% of the healthcare units in cycle 1 had them, whereas between 20% and 55% of the units in cycle 2 presented this feature. As for the organization of healthcare services toward disabled people, almost 95% of the teams defined the coverage area, however only half of them had records on the number of cases of disabled people. **Conclusion:** Primary healthcare units and services in the state of Goiás are not structured in terms of accessibility to disabled people, which makes the delivery of care to this population poor. In this sense, there is a clear need for investments on the part of health managers and professionals for continuing education and financial resources to adapt these units and qualify healthcare teams to provide universal, comprehensive and humanized health care to disabled people.

Keywords: Health services accessibility; Disabled persons; Primary health care; Health services evaluation; Health care quality, access and evaluation.

RESUMEN

Introducción: La accesibilidad para personas con discapacidad física en las unidades de salud de Atención Primaria juegan un rol fundamental en el uso de los servicios de salud, tal como la organización de los servicios de salud orientados a dicha población, dado que existe un número significativo de personas con discapacidad en la población brasileña y en el estado de Goiás. **Objetivo:** Analizar la accesibilidad para personas con deficiencia física a servicios de salud de Atención Primaria en el estado de Goiás. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, utilizando datos secundarios de evaluación externa del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de Atención Básica (PMAQ-AB). Estudio realizado en los 246 municipios del estado de Goiás. Muestra constituida por 1216 unidades de salud y 677 profesionales de salud en el Ciclo1 del PMAQ-AB; y 975 unidades de salud y 677 profesionales de salud en el Ciclo 2 del PMAQ-AB. Datos recolectados de junio a agosto de 2012 en el Ciclo 1, y de enero a marzo de 2014 en el Ciclo 2. Variables analizadas descriptivamente y expresadas como frecuencias, promedios y números absolutos. **Resultados:** Se identificó que sólo 30 a 40% de las unidades de salud poseen calzadas, pisos y rampas accesibles para personas con discapacidad física. Entre 20 y 35% de las unidades de salud cuentan con puertas y corredores adaptados, a excepción de las unidades de municipios con hasta 50.000 habitantes en el Ciclo 2, que alcanzaron casi el 50% de unidades con tales elementos. Respecto a los sanitarios adaptados, menos del 20% de las unidades de salud los poseían en el Ciclo 1, mientras que en el Ciclo 2, entre el 20 y el 55% de las unidades presentaron tal característica. Respecto a organización de los servicios de salud para personas con deficiencia, se determinó que casi 95% de los equipos realizaban ejecución de área de aplicación, mientras sólo la mitad de ellas contaba con registro del número de casos de personas con deficiencia. **Conclusión:** Las unidades y servicios de salud de Atención Primaria del estado de Goiás no cuentan con estructura de accesibilidad para personas con discapacidad física, fragilizando la atención de dicha población. Es necesario destinar presupuesto por parte de administradores y profesionales de salud para educación permanente, y recursos financieros para instrumentalizar las unidades y equipos de salud para que brinden atención universal, integral y humanizada a personas con discapacidad.

Palabras Clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Personas con Discapacidad; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O tema acessibilidade às pessoas com deficiência nas unidades de saúde da Atenção Primária emerge junto a diversos questionamentos sobre como está a qualidade e abrangência dessa característica nesses serviços e depara-se com diversas dificuldades dessas pessoas em utilizá-los.

A população de pessoas com deficiência no Brasil e no estado de Goiás é expressiva e percebe-se dificuldades dos serviços e equipes de saúde se estruturarem para fornecer uma assistência que leve em conta as características dessas pessoas, seu contexto social, cultural e econômico. Mesmo com diversas normas, portarias, manuais e outros documentos atuais como Lei 13.146/2015, NBR 9050/2015 e portaria 793/2012, verifica-se o descaso da gestão pública com os serviços de saúde voltados para essa população.

Em consonância com essas inquietações descritas e outras a mais, este estudo é direcionado para análise e discussão sobre a estruturação física dessas unidades de saúde e organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Goiás. Dessa forma, visa estimular a reflexão dos atores envolvidos em busca de adequações e novas construções nesse processo de acessibilidade às pessoas com deficiência física.

A minha trajetória profissional até chegar na vivência do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG) em 2009. Durante a graduação a aproximação com o SUS e com a APS iniciou durante as aulas práticas nas unidades de saúde desse nível de saúde. Além disso, participei do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem e PET Saúde nos quais realizávamos ações de ensino, pesquisa e extensão em saúde nos diversos cenários da comunidade. Posteriormente, ingressei no Programa Institucional de Voluntários e Bolsistas de Iniciação Científica (PIVIC e PIBIC) em que continuei desenvolvendo atividades no âmbito da APS no SUS e aproximei ainda mais dessa temática com a parceria da minha atual orientadora Claci Fátima Weirich Rosso.

Após a graduação, atuei na APS em uma unidade de urgência e emergência aqui do município de Goiânia, onde pude perceber as dificuldades gigantescas na

estrutura física e de recursos humanos que dificultam uma acessibilidade ideal, principalmente quando refere-se às pessoas com deficiência.

Outros momentos em que tive aproximação com a APS foi na participação da pesquisa de avaliação do Ministério da Saúde denominada Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado o 1º ciclo em 2012 e o 2º ciclo em 2014, onde foi possível perceber algumas diferentes realidades entre as unidades de saúde.

Atualmente, exerço função de enfermeira efetiva na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia em cargo de gestão o que me permite um olhar sobre a gestão, bem como os instrumentos que podem ser utilizados para contribuir da melhor maneira para a assistência à saúde.

Diante esse cenário, adentrar ao Programa de Pós-graduação *Stricto-senso* e neste estudo que tem como linha de pesquisa a gestão corrobora com minha carreira profissional e acrescenta o compromisso em repassar os resultados para os municípios participantes, na tentativa de contribuir para elaboração de políticas públicas mais eficazes.

A estruturação desta pesquisa foi pensada na finalidade de contribuir para o fortalecimento da APS. Foi dividida em capítulos e aqui são apresentados. No capítulo 1 é descrita a Introdução na qual ocorre a definição dos principais conceitos e termos, são apresentados os contextos históricos do SUS, APS e da pessoa com deficiência física, bem como a epidemiologia mundial, brasileira e goiana em todos esses aspectos.

No capítulo 2 são apresentados os objetivos da pesquisa e em seguida é trabalhado o referencial teórico no capítulo 3. Neste, foi descrito e aprofundado os estudos para subsidiar a discussão em dois subcapítulos: A pessoa com deficiência física no Brasil e a Atenção Primária à Saúde no Brasil.

O método é descrito no capítulo 4 onde apresenta-se o tipo de estudo, local do estudo, amostra do estudo e o delineamento de como os dados foram coletados e analisados. Os resultados e discussão estão apresentados no capítulo 5 em dois subcapítulos: Caracterização da estrutura física quanto à acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás; e Organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência física nas unidades da Atenção Primária no estado de Goiás. No primeiro subcapítulo são apresentados e discutidos elementos físicos de acessibilidade às pessoas com

eficiência e no segundo, elementos organizacionais dos serviços de saúde voltados para pessoas com deficiência.

Esta pesquisa faz parte de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde que utiliza a ferramenta PMAQ-AB para avaliar a APS em todo País. No estado de Goiás, é a primeira produção científica que avalia a acessibilidade às pessoas com deficiência nas unidades de saúde da APS e vislumbra contribuir com mudanças substanciais no processo de assistência à saúde dessa população ainda pouco incluída.

1 INTRODUÇÃO

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015, considera pessoa com deficiência aquela que tem dificuldade por um longo período, de natureza física, intelectual ou sensorial. Essa dificuldade, em interação com uma ou mais barreiras, pode impedir a interação plena e efetiva, em condições iguais, com demais pessoas da sociedade (BRASIL, 2015).

Barreiras são definidas como qualquer obstáculo ou comportamento que impeça ou diminua a participação social da pessoa, bem como o usufruto de seus direitos à acessibilidade, de se expressar, movimentar, circular, comunicar e compreender com liberdade e segurança (ABNT, 2015; BRASIL, 2015).

É necessário ter clareza que o conceito de deficiência inclui a incapacidade relativa, parcial ou total, de desenvolver ações cotidianas dentro de um padrão para o ser humano. As deficiências também podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas (WHO, 2004). Além disso, a pessoa com deficiência pode desenvolver todas as suas atividades diárias, desde que ofereçam condições de acessibilidade adequadas para suas próprias características (ABNT, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

As deficiências podem ser classificadas em: auditiva, visual, intelectual e física ou motora. Este estudo tem como objeto a pessoa com deficiência física a qual tem a função física com alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

A deficiência e/ou mobilidade reduzida está presente desde os primórdios e faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas enfrentarão, em algum momento da vida, alguma dessas condições (WHO, 2011a). Há pessoas que não apresentam deficiência, mas possuem um amigo ou familiar com deficiência e assumem a responsabilidade de cuidar e dar suporte para essas pessoas (FERGUSON, 2001; MISHRA, GUPTA, 2006; ZOLA, 1989).

Esse envolvimento tão próximo, das pessoas com deficiência, levantou e levanta questões morais e políticas em todos os períodos históricos de como incluir, estimular a autonomia e empoderar essas pessoas na sociedade (WHO, 2011a).

Assim, é necessário encorajar as pessoas com deficiência para o exercício da cidadania como direito pleno, estimulando a independência pessoal e a liberdade minimizando o isolamento dessas pessoas e aumentando a segurança para exercer as atividades de forma autônoma e estabelecer diferentes vínculos sociais (ACIEM, MAZZOTTA, 2013; WHO, 2011a).

Os direitos das pessoas com deficiência, incluindo o da saúde, estão assegurados na Constituição Federal de 1988. Em seu Capítulo II, artigo 23, a Constituição institui que “é competência comum da União, dos Estados e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras¹ de deficiências” (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição, outros documentos legais foram estabelecidos, regulamentando os pareceres constitucionais relativos a esse segmento populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No âmbito da saúde vale destacar a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990 que apresenta “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, além disso, ressalta a garantia da universalidade de acesso e a integralidade da assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990b).

Além dessa, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência tem como objetivo reabilitar a pessoa com deficiência na sua aptidão funcional e no seu desempenho humano, a fim de contribuir para a inclusão dessas pessoas no meio social, bem como promover ações e programas públicos que previnam agravos que possam ocasionar as deficiências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). É importante ressaltar, que nem todas as pessoas com deficiência necessitam de reabilitação, muitas delas necessitam dos mesmos cuidados de uma pessoa qualquer. É preciso oferecer às pessoas com deficiência autonomia para desempenhar suas funções de maneira segura e de forma inclusiva na sociedade (ACIEM, MAZZOTTA, 2013; WHO, 2011a;).

Outro marco importante foi a recém-aprovada lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 que institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência. O Capítulo III desse documento aborda sobre o direito à saúde, e no artigo 18 diz que “é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexi

¹ O termo “portador(a) de deficiência” é utilizado em algumas citações pois atende a publicação original. Entretanto, ressaltamos que o termo correto é “pessoa com deficiência” e explicamos mais à frente a abordagem dos diferentes termos.

dade, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e igualitário”.

Ainda sobre a referida lei, em seus artigos sobre o acesso e direito à saúde:

Art.24. Aborda sobre o direito à saúde, no artigo 18 “é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação.

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental (BRASIL, 2015).

O acesso e acessibilidade de forma equânime estão sendo enfatizadas de maneira crescente na sociedade. A importância de se ter uma vida com autonomia vem sendo cada vez mais adotada (CASTRO *et al.*, 2011; FANGE, IWARSSON, 2003; IWARSSON, STAHL, 2003; VIANA, FAUSTO, LIMA, 2003).

Os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e ambígua. Ao fazer a distinção entre os dois conceitos, a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para se atingir o acesso, e os dois termos possuem significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis (STARFIELD, 2002).

Portanto, o acesso seria a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde, como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades, e tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (ASSIS, JESUS, 2012; STARFIELD, 2002; TRAVASSOS, MARTINS, 2004;).

A Norma Brasileira Regulamentadora – NBR 9050:2015, assim como o Estatuto da Pessoa com Deficiência define a acessibilidade como possibilidade e condição de usufruir, com segurança e autonomia, os espaços, as edificações, os mobiliários e equipamentos urbanos, a comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (ABNT, 2015; BRASIL, 2015).

Quanto ao acesso e acessibilidade às pessoas com deficiências, a legislação brasileira é bastante desenvolvida. No entanto, a maioria dessas pessoas ainda encontra barreiras na utilização dos serviços de saúde (AMARAL *et al.*, 2012; CIPRIANO, MONÇÃO, 2013).

Para França *et al.* (2015) e Cipriano e Monção (2013), as principais barreiras ao acesso das pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida das unidades básicas de saúde estão relacionadas à inacessibilidade às essas pessoas ao transitarem tanto externa quanto internamente nessas unidades. Principalmente, relacionadas com as más condições hidráulicas e sanitárias, porta de entrada principal, áreas de circulação coletiva com espaço reduzido. Além da inadequação de rampas, escadas, tipos de portas e pisos (CIPRIANO, MONÇÃO, 2013; FRANÇA *et al.*, 2010). Estas consideradas como barreiras arquitetônicas, aquelas existentes nos edifícios públicos e privados (BRASIL, 2015).

Apesar de alguns programas e profissionais da saúde, no âmbito do SUS, terem o desejo de assegurar o atendimento a todos os cidadãos, ainda há muito para ser feito para que as pessoas com deficiência possam receber assistência livre de barreiras e baseada nos princípios e diretrizes do SUS tais como universalidade, equidade, integralidade, resolutividade e participação social (FRANÇA, PAGLIUCA, 2008).

Um aspecto importante na estruturação dos serviços de saúde é que o acesso e a acessibilidade vêm melhorando após a criação do SUS por meio do fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) que possui como prioridade a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PAIM *et al.*, 2011). Esses avanços são significativos para a população em geral, entretanto para as pessoas com deficiências percebe-se que as ações e serviços ainda não são tão alcançáveis.

É importante destacar que a ABS é usada como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS). O SUS adota, na maioria de seus documentos, a designação de Atenção Básica para se referir a reorientação das políticas de saúde a partir de um sistema universal e integrado (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009). No entanto, neste estudo utilizaremos APS por ser o termo reconhecido internacionalmente.

Acredita-se que a APS seja o nível de atenção mais recomendado para atingir os objetivos e garantia da acessibilidade e acesso às pessoas com deficiência. Isso por que a APS no Brasil foi estabelecida para desenvolver suas

ações de saúde nos locais mais próximos onde as pessoas vivem, com maior grau de descentralização e capilaridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Portanto, torna-se imprescindível que os usuários compreendam a APS como contato preferencial, a principal porta de entrada e ter nela o centro de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para isso, é imprescindível tornar a APS consolidada, tornando-a mais eficiente, universalizando o acesso e acessibilidade; fortalecendo vínculo entre comunidade e serviço; garantindo a integralidade e equidade do cuidado (COUTO *et al.*, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

Com o fortalecimento do SUS e o crescimento da APS, entre 1981 e 2008, aumentou cerca de 450% o número de pessoas que buscam esse nível de atenção à saúde, principalmente porque passou a ser um direito constitucional e dever do Estado. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% de toda população brasileira afirmavam ter usado algum tipo de serviço de saúde, enquanto em 2008, 14,2% da população relatavam uso de algum tipo de serviço de saúde pública (IBGE, 2010a; PAIM *et al.*, 2011;).

Entretanto, ao se comparar com países mais desenvolvidos ainda é baixo, visto que 68% nos EUA e mais de 80% na Alemanha, França e Canadá, recebem esse atendimento na APS (VAN DOORSLAER, MASSERIA, KOOLMAN, 2006).

O levantamento da PNAD de 2008 também estimou que quase 140 milhões de pessoas procuram o mesmo serviço de saúde quando precisam, isso correspondia a 73,6% da população. E o local mais referido foi o posto ou centro de saúde (56,8%) que estão inseridos na APS, seguido pelos consultórios particulares (19,2%) e pelo ambulatório de hospital (12,2%) (IBGE, 2010a).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), o ano de 2014 terminou com quase 121 milhões de pessoas cobertas por Equipes de Saúde da Família (eSF) em todo Brasil, o que corresponde à estimativa de 62% da população brasileira. No estado de Goiás essa estimativa ainda teve maior alcance, com mais de 4 milhões de pessoas cadastradas, chegando a quase 67% de cobertura da população. Atualmente, dentre os 246 municípios goianos, a totalidade estão com eSF instaladas. Desde 2010, houve um crescimento de 10% em âmbito nacional e de 7% em Goiás, na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Com o alcance de uma cobertura estimada de mais de metade da população brasileira pela ESF e uma cobertura populacional por outros modelos de APS (postos ou centros de saúde) que pode variar entre 20% e 40%, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de APS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do SUS. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) propõe várias iniciativas para avaliação da gestão e assistência dos serviços de saúde centradas na qualificação da APS e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O PMAQ-AB foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação da gestão tripartite do SUS que contou com vários momentos nos quais, MS e os gestores municipais e estaduais, debateram e formularam soluções para viabilizar um programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da ABS em todo o Brasil (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011a).

Programas que visam a avaliação, como o PMAQ-AB, ao serem implementados por meio de estratégias da Política Nacional de Saúde, mostram a relevância da avaliação no cenário da saúde que indicam o ente federativo como formulador das avaliações nos estados e municípios. Esta mudança exige transformações substanciais na gestão, práticas e ações de saúde, bem como nas relações dos protagonistas envolvidos (MOTA, DAVID, 2015).

Para que esses serviços de saúde da APS sejam fortalecidos e tenham a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de acesso, acessibilidade, e de estruturas adequadas abrangendo: áreas físicas e instalações; materiais e equipamentos; número adequado de recursos humanos com preparo específico e que interajam com o cliente e sua família na intenção de criar vínculo construído pela efetividade das ações e respeito à autonomia dos usuários (SAPAROLLI, ADAMI, 2010).

Para Santos (2012) é evidente a importância da relação profissional de saúde e usuário no estabelecimento do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, pois assim poderão juntos estabelecer estratégias para suprir suas necessidades. Assim, o profissional de saúde e, principalmente o gestor, tem um papel consolidador nesse contexto: a busca por uma estrutura física adequada,

implantação e implementação de políticas atingíveis e facilitadoras dos processos para a melhoria do acesso e acessibilidade nos serviços de saúde (SANTOS, 2012).

Nesse sentido, deve-se incluir a atenção à saúde da pessoa com deficiência, em busca de promover a acessibilidade para o acesso oportuno e eficaz de maneira equânime entre todos da sociedade. Para, assim, concretizar a assistência prestada baseada nos princípios e diretrizes do SUS.

Essa questão tende a ser cada vez mais evidente de acordo com as mudanças no perfil demográfico da sociedade, na qual as pessoas atingem progressivamente a idade avançada (LEE, 2003). Esse aumento da longevidade populacional unido às consequências, temporárias e permanentes, as ocorrências de deficiências por causas externas e doenças crônicas degenerativas (CASTRO *et al.* 2008), contribuem para aumentar a porcentagem de pessoas com deficiência na sociedade atual. Esse aumento é substancial e pode ser percebido nos serviços de saúde.

Mundialmente estima-se que cerca de 10% da população, aproximadamente 600 milhões de pessoas, apresenta alguma deficiência e 80% destas pessoas moram em países em desenvolvimento e apenas 3% delas conseguem algum tipo de serviço de reabilitação, quando necessitam (HANDAM, AL-AKHRAS, 2009; WHO, 2011a).

No Brasil, aproximadamente 46 milhões de pessoas declararam ter pelo menos uma das deficiências (visual, auditiva, intelectual e física/motora), correspondendo a 23,9% da população brasileira, segundo o Censo Demográfico 2010. Dessas pessoas, 84% se encontram em áreas urbanas e 16% em áreas rurais (IBGE, 2010a).

Em Goiás, o número de pessoas com deficiência é estimado em 1,9 milhões, o que representa 31% do total da população, estando acima da porcentagem de pessoas com deficiência no Brasil. Do total da população, aproximadamente 59,7% possui algum grau de deficiência visual, 20,3% de deficiência motora/física, 15,8% de deficiência auditiva e 4,2% de deficiência intelectual (IBGE, 2010b).

Perante essa realidade, torna-se imperativo averiguar as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiências na acessibilidade aos serviços de saúde, para que sejam adotadas medidas a fim de subsidiar a gestão e profissionais em busca de um planejamento das ações em saúde que vise a estruturação dos

serviços de maneira que atendam as demandas desse grupo populacional de forma efetiva e eficaz (CASTRO *et al.*, 2011).

A partir do exposto questiona-se: Como está a acessibilidade às pessoas com deficiência física nos serviços de saúde da Atenção Primária em Goiás? As pessoas com deficiências físicas encontram serviços e estruturas acessíveis nas unidades de saúde da Atenção Primária?

Reconhecer essas características em determinado território contribui para a gestão dos serviços de saúde para o desenvolvimento de ações e políticas públicas que corroborem com a ampliação da acessibilidade das pessoas com deficiência física na Atenção Primária à Saúde. O que permite a esse grupo populacional assistência à saúde baseada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolutividade e humanização da assistência, baseadas na individualidade e autonomia de cada usuário do sistema de saúde.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar a acessibilidade às pessoas com deficiência física aos serviços de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás.

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Caracterizar a estrutura física quanto a acessibilidade às pessoas com deficiência física das unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás;
- ✓ Descrever a organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência física em relação ao funcionamento e atuação dos profissionais de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Pessoas com deficiência física no Brasil

O Decreto n.º 3.956/01, que promulgou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência, refere que o termo deficiência significa “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (BRASIL, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Uma definição mais recente traz que deficiência é aquela que possui diminuição, limitação ou inexistência, temporária ou permanentemente, da capacidade física, mental, intelectual ou sensorial de uma pessoa. E, quando em interação com uma barreira pode dificultar a participação da pessoa na sociedade de maneira igualitária com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Várias definições bem como terminologias referentes às pessoas com deficiência vêm sendo discutidas e atualizadas. Segundo Sasaki (2011) os termos “portador de deficiência”, “defeituoso”, “aleijado”, “inválido” ou “pessoas ditas deficientes” não são mais usados e o termo atualmente usado e recomendado é “pessoa com deficiência”. Este é o mais adequado, pois após vários encontros e discussões, as pessoas com deficiência defendem que elas não portam deficiência como se portassem um objeto ou não, mas consideram uma característica delas.

O termo "Pessoas com Deficiência" foi adotado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE em seu Art. 2º da Resolução nº 35, de 06 de julho de 2005, substituindo o termo "Pessoas Portadoras de Deficiência" (CONADE, 2005). Além disso, os termos “pessoa com deficiência” e “pessoas com deficiência” foram discutidos e estabelecidos em 13 de dezembro de 2006 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que em seguida foram aceitas e aprovadas em emenda constitucional pelo Decreto nº 186, de 9 de julho de 2008 e promulgada pelo Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009 (SASSAKI, 2011).

Outras terminologias usadas de forma equivocada são: “pessoas ditas normais”, sendo o termo correto “pessoas sem deficiência” ou “pessoas não-

deficientes”; “Deficiência mental leve, moderada, severa, profunda” ou “doente mental” também não é mais utilizada, e “deficiência intelectual” é o usado atualmente, sem especificar nível de comprometimento; “surdinho”, “surdo-mudo” também não são usados e os termos corretos são surdo; pessoa surda; pessoa com deficiência auditiva; e por último o termo “deficiente físico” referindo às pessoas com alguma deficiência auditiva, visual e/ou física também não é utilizado, sendo os termos corretos, pessoa com deficiência física, auditiva e visual, individualmente (SASSAKI, 2011).

Ainda segundo Sasaki (2011) a utilização de termos corretos é de extrema relevância, principalmente quando trata-se de temática como a de pessoas com deficiência, que carrega consigo vários estereótipos e preconceito. Assim, os conceitos ultrapassados quando usados podem contribuir para que as ideias e informações equivocadas sejam reforçadas na sociedade. E, para que essa prática errônea não prevaleça, existem esforços aqui no Brasil para que os termos e conceitos corretos sejam amplamente divulgados entre a população a fim de diminuir a discriminação por meio de uma sociedade fielmente inclusiva.

Conforme citado, as deficiências podem ser classificadas em: auditiva, visual, intelectual e física. Apesar de a deficiência física ser o objeto de estudo desse trabalho, apresenta-se a seguir as definições das demais para diferenciação entre elas, uma vez que muitas pessoas, inclusive profissionais de saúde ainda não possuem clareza de suas definições.

A deficiência auditiva é o prejuízo total, bilateral ou parcial de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

A deficiência visual pode ser definida, em seus diversos níveis, como: Cegueira, que se trata da acuidade visual igual ou menor que 0,05 (pela escala decimal de acuidade visual) no melhor olho, com a melhor correção óptica; Baixa Visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; pessoas com a soma da medida do campo visual de ambos os olhos igual ou menor que 60°; ou pessoas que possuem quaisquer das situações anteriores simultaneamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

Deficiência intelectual é o desenvolvimento intelectual expressivamente menor que a média, com aparecimento antes dos dezoito anos e restrições em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: cuidado pessoal; atividades escolares; lazer e trabalho; uso de equipamentos da comunidade e outras habilidades sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

E a deficiência física/motora é aquela que afeta a função física ou motora com as alterações completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, apresentando-se sob a forma de paraplegia, parestesia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

Existe ainda a deficiência múltipla e as pessoas com mobilidade reduzida. A primeira é aquela que ocorre em associação de duas ou mais deficiências. Já a mobilidade reduzida é a dificuldade, por qualquer motivo, para movimentar-se, temporário ou permanente, reduzindo efetivamente a mobilidade, flexibilidade, percepção e coordenação motora, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso (BRASIL, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007).

A deficiência física/motora a qual é objeto deste estudo recebe diferentes nomenclaturas, entre autores e órgãos. Alguns trazem como física (BRASIL, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e outros como motora (IBGE, 2010b; WHO, 2004). São usadas dentro do mesmo grupo pelas alterações se inter-relacionarem muitas vezes, mas uma breve diferenciação é que a deficiência física diz respeito mais às alterações estruturais do sistema osteomuscular, enquanto que a motora além das primeiras podem ocorrer alterações sensitivas e motoras.

Essa deficiência é encontrada com maior frequência em pessoas a partir dos 25 anos de idade, inferindo as causas externas. Elas podem ter diversas condições que levaram à deficiência, desde lesões nervosas (motores ou sensitivos), neuromusculares e ósseo-articulares até malformação congênita ou situações adquiridas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para Diehl (2006) a deficiência física é aquela que compromete a execução da função motora e também a divide em congênita ou adquirida. A primeira é aquela que o indivíduo adquire ainda no período fetal. Já a deficiência adquirida é aquela em que a pessoa sofre algum dano devido a diversas causas durante as suas fases de desenvolvimento na vida (infância, adolescência, adulta ou idosa) (DUARTE E WERNER, 1995; HALLAHAN, KAUFFMAN, 2003). Há autores que também dividem a deficiência física como estável ou progressiva e temporária ou permanente (HALLAHAN, KAUFFMAN, 2003). Estável é aquela que se mantém desde o início da deficiência no mesmo nível de deficiência, diferente da progressiva que trata-se da deficiência que se inicia em um nível e pode progredir em sua apresentação. Já a deficiência temporária é aquela que o indivíduo encontra-se com deficiência em um determinado período de tempo, podendo ser reversível; o contrário ocorre com a deficiência permanente em que o indivíduo possui a característica por toda a vida, irreversivelmente.

Estudos demonstram que a ocorrência da deficiência física é diretamente proporcional ao aumento da idade, à exceção das idades entre 12 e 19 anos. Além disso, a deficiência física é observada com maior frequência no sexo masculino, e esse fato é explicado pela maior susceptibilidade dos homens a fatores de risco como causas externas e ocupacionais, sendo a primeira a principal causa de deficiência entre os homens. Dentre as causas externas, os acidentes de trânsito estão como os maiores causadores de deficiência em homens, pelo fato da maior exposição também (CASTRO *et al.*, 2008).

Já no sexo feminino, a ocorrência de deficiência física está relacionada, principalmente, às doenças e causas congênitas. Esse fato pode indicar que as mulheres estão mais expostas a consequências incapacitantes de certas patologias como artrites, artroses, acidentes vasculares, devido ter maior expectativa de vida (CASTRO *et al.*, 2008).

Outro destaque é a maior prevalência da deficiência física em ocupação de vagas, dentre aquelas ocupadas por pessoas com deficiência, no mercado de trabalho (LANCILLOTTI, 2003; PEREIRA, PASSERINO, 2012). Essa tendência, segundo Lancillotti (2003), é compatível desde quando na década de 1960 viu-se a necessidade de inserir as pessoas com deficiência no mercado de trabalho, já que várias delas tiveram essa situação devido o momento histórico de pós guerra.

Essa inserção da pessoa com deficiência física na sociedade, que permite sua participação e execução de diversas atividades, deve-se ao fato de várias delas conseguirem se locomover por meio de dispositivos como, órteses, próteses, cadeira de rodas, andadores, muletas e outros. E quando desenvolvem as habilidades com esses aparelhos, essas pessoas têm condições de serem autônomas em suas atividades diárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Tais dispositivos permitem que as pessoas com deficiência física tenham sua mobilidade aumentada ou facilitada (WHO, 2011b).

A prótese é aquela usada, externamente, na tentativa de substituir um órgão, segmento ou parte de um membro do corpo (GUTENBRUNNER *et al.*, 2011; ISO, 1989). Já a órtese é usada, também externamente, na tentativa de estabilizar, melhorar as funções do corpo com deficiência (GUTENBRUNNER *et al.*, 2011; ISO, 1989).

Os objetivos de oferecer esses dispositivos são de aumentar a mobilidade e funcionalidade do membro ou segmento acometido (GUPTA, CASTILLO-LABORDE, LANDRY, 2011); e aumentar a autonomia da pessoa com deficiência, bem como sua atuação na sociedade (GUTENBRUNNER *et al.*, 2011; MAGNUSSON, 2014; WHO, 2004, 2011a).

Entretanto, a disponibilidade e acesso às próteses e órteses ainda são restritos em países em desenvolvimento, tornando o uso de muletas, cadeiras de rodas e andadores mais frequente do que àqueles (MAGNUSSON, 2014). Para que haja um aumento desses serviços e de outras tecnologias assistivas, a OMS desenvolveu um plano de ação de 2014-2021 que prevê essa ação, bem como a melhoria do desenvolvimento e acesso às tecnologias para os dispositivos usados pelas pessoas com deficiência (MAGNUSSON, 2014; WHO, 2014).

Alguns pesquisadores já estão apresentando resultados de estudos de próteses que agem como implantes cerebrais na decodificação das atividades desse órgão sendo capazes de reestabelecer algumas funções motoras e de comunicação, dependendo do nível e gravidade da alteração, tornando a vida da pessoa com deficiência física mais autônoma e com qualidade (RAMSEY, AARNOUTSE, VANSTEENSEL, 2014)

Nessa perspectiva e tendência de oferecer empoderamento e autonomia às pessoas com deficiência, a OMS traz uma nova forma de avalia-las, diferente da CID (Classificação Internacional de Doenças) que utiliza apenas o modelo biomédico,

focando mais na doença, incapacidade ou restrição (WHO, 2004; MAGNUSSON, 2014). A *International Classification of Functioning, Disability and Health – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* da OMS foi aprovada na Assembleia Mundial da Saúde. Essa ferramenta representou uma evolução em termos conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos em relação às pessoas com deficiência, na medida em que a concepção leva em conta a capacidade dessas pessoas com deficiência em relacionar com seu ambiente social, e não a evidencia de sua incapacidade ou restrição. (BICKENBACH, 2011; MAGNUSSON, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; WHO, 2004).

A CIF analisa a saúde dos indivíduos a partir de cinco eixos: funções do corpo, estruturas morfológicas do corpo, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo (Figura 1). Tal abordagem traz maior clareza sobre a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção das pessoas com deficiência, permitindo descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições (FARIAS, BUCHALLA, 2005; WHO, 2004).

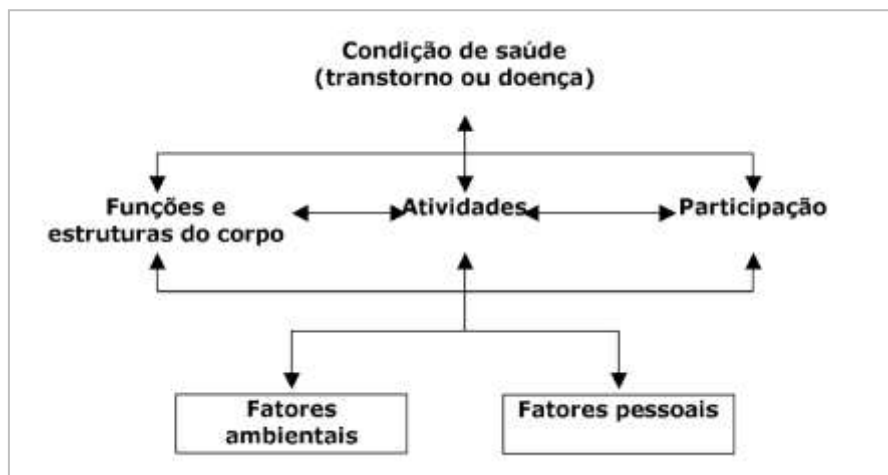


Figura 1. Interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
Fonte: FARIAS, BUCHALLA, 2005

A dimensão funções e estruturas do corpo diz respeito às funções fisiológicas e psicológicas do indivíduo, envolvendo as partes anatômicas, órgãos e seus respectivos funcionamento (WHO, 2002, 2004).

As dimensões atividades e participação são definidas perante o exercício das atividades de diárias de vida e envolvimento na sociedade, levando em consideração a dimensão funções e estruturas do corpo. Nessa dimensão são levadas em conta tarefas como mobilidade, cuidados pessoais, comunicação, higiene da casa, educação e trabalho que podem levar à vida econômica ativa, e relações interpessoais (WHO, 2002, 2004).

Os fatores ambientais incluem os ambientes em que a pessoa convive como o meio físico, social e atitudinal. Nesses estão inclusos componentes físicos como luz, clima, som, cheiro, limpeza; componentes sociais como relacionamentos interpessoais na família, escola ou trabalho, bem como uso da saúde, transporte e previdência; e componentes atitudinais como normas e ideologias (WHO, 2002, 2004).

Os Fatores Pessoais não está classificado e conceituado na CIF devido sua variedade social, cultural e pessoal que cada indivíduo carrega consigo, entretanto é levado em consideração no contexto de avaliação (WHO, 2002, 2004).

Dessa forma, evolui-se para uma avaliação da pessoa com deficiência baseada em um modelo que incorpora além do biomédico, a dimensão psicológica e social que interagem entre si, tentando desprender do diagnóstico baseado na disfunção (FARIAS, BUCHALLA, 2005; MAGNUSSON, 2014; WHO, 2004). Em consonância, o Estatuto da Pessoa com Deficiência traz que avaliação da mesma deverá ser realizada por uma equipe multiprofissional levando em consideração “o biopsicossocial; os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação” (BRASIL, 2015).

Percebe-se que em relação aos conceitos sobre as pessoas com deficiência, houve uma evolução com o passar dos tempos, acompanhando, mesmo que de maneira frágil, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Desde a Constituição Federal de 1988, os direitos à saúde, segurança e políticas públicas estão assegurados às pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, destacando-se as leis n.º 7.853/89, n.º 10.048/00, n.º 10.098/00 e n.º 8.080/90, bem como os Decretos n.º 3.298/99 e n.º 5.296/04 e lei nº 13.146/15. Outros marcos importantes são descritos, resumidamente no Quadro 1.

Quadro 1. Principais marcos em leis e decretos destinados às pessoas com deficiência na abordagem à saúde.

DÉCADA	LEIS, RESOLUÇÕES E DECRETOS NO BRASIL	ABORDAGENS
1980	Resolução: 37/52/1982	Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes. Prevenção, reabilitação, desenvolvimento e habilidades para o trabalho.
	Lei 7853/1989	Política Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência. Integração e Reintegração
1990	Lei 8080/1990 Lei Orgânica de Saúde;	Promoção e reabilitação da saúde.
	Portaria 225/1992	Funcionamento dos serviços de saúde para Portadores de deficiência no SUS.
	Lei 8899/1994	Acessibilidade/Integração. Passe livre às pessoas com deficiência nos coletivos interestaduais.
	Decreto n.º 3.298/1999	Regulamenta a lei 7853/89. Reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional; inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenção de agravos que determinem o aparecimento de deficiências.
2000	Lei 10098/2000	Acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida
	Decreto 3956/2001	Convenção Interamericana para eliminação de discriminação contra pessoas com deficiência. Inserção das pessoas com deficiência na participação e controle social.
	Lei 10845/2004	Programa de complementação ao atendimento educacional Especializado as pessoas com deficiência. Desenvolvimento das habilidades pessoais; Integração Social.
	ABNT NBR 9.050/2004	Dispõe sobre a acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos
	Decreto nº 5.296/2004	Normas gerais e critérios básicos para o atendimento prioritário a acessibilidade de pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.
2010	Portaria 793/2012	Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
	Lei 13.146/2015	Institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

	ABNT NBR 9.050/2015	Dispõe sobre a acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Atualiza e revoga a NBR 9050/2004.
--	------------------------	---

Fonte: BAPTISTA *et al.*, 2010 (adaptado).

A lei n.º 7.853/89 dispõe sobre a integração social das pessoas com deficiência e em seu inciso II, Art. 2º, atribui ao setor saúde os seguintes deveres: promoção da saúde; estabelecimento de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e da adequada assistência neles; garantia de atendimento domiciliar de saúde à pessoa com deficiência que não esteja internada; desenvolvimento de programas, políticas e serviços de saúde voltados para as pessoas com deficiência com a devida participação das mesmas (BRASIL, 1989; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS, destaca “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como garante a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (BRASIL, 1990b)

O decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a lei no 7.853/89, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, foi a base para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do SUS, a qual tem as seguintes diretrizes para as pessoas com deficiência: promoção da qualidade de vida; assistência integral à saúde; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à saúde para essas pessoas; e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1999, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Outro marco importante é a lei n.º 7.853/89, regulamentada pelo Decreto n.º 3.298/99 que estabelece a obrigatoriedade de ter a abordagem de questões direcionadas às pessoas com deficiência nos censos nacionais. O intuito é ter um maior conhecimento da realidade dessa população e direcionar políticas específicas. Dessa forma, o primeiro Censo a incluir tais questões foi o de 1991 que atestou cerca de 2.198.988 pessoas com deficiência, o que representa 1,49% da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

O Censo Demográfico de 2000 evoluiu em algumas questões conceituais em relação à pessoa com deficiência e identificou 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o equivalente a 14,5% da população brasileira. Sendo que 48,1% possuem deficiência visual; 27% deficiência motora/física; 16,7% deficiência auditiva; 8,3% deficiência intelectual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Já no Censo Demográfico de 2010 foram identificadas cerca de 24% de pessoas que declararam ter pelo menos uma deficiência. Dessas pessoas, 84% se encontram em áreas urbanas e 16% em áreas rurais. Em Goiás, as pessoas com algum tipo de deficiência representam 31% do total da população. Do total da população, aproximadamente 59,7% possui algum grau de deficiência visual, 20,3% de deficiência motora/física, 15,8% de deficiência auditiva e 4,2% de deficiência intelectual (IBGE, 2010b).

Entre as pessoas com deficiência física/motora em Goiás, 6% não conseguem exercer a função motora de modo algum, 27% possui grande dificuldade para exercer a função e 67% possui alguma dificuldade para exercer a função (Figuras 2, 3 e 4). Além disso, 90% das pessoas com deficiência física vivem em meio urbano, sendo 35% do sexo masculino e 55% do sexo feminino (IBGE, 2010b).

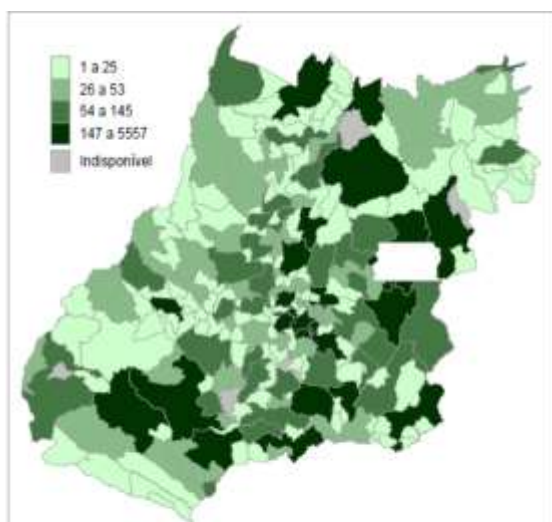


Figura 2. Pessoas residentes em Goiás com deficiência física/motora que não conseguem exercer a função motora de modo algum. Goiás, 2016. Fonte: IBGE, 2010b

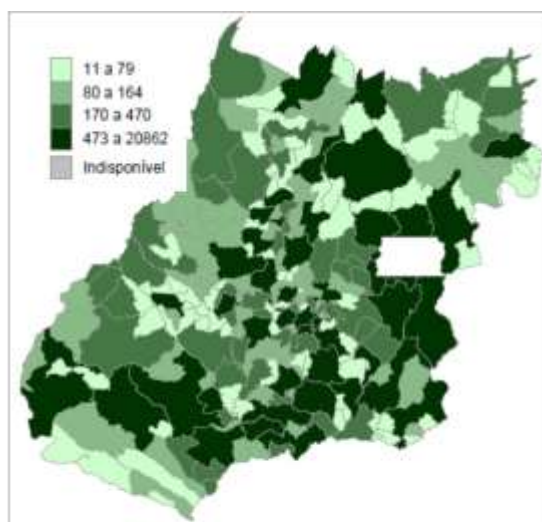


Figura 3. Pessoas residentes em Goiás com deficiência física/motora com grande dificuldade para exercer a função motora. Goiás, 2016. Fonte: IBGE, 2010b

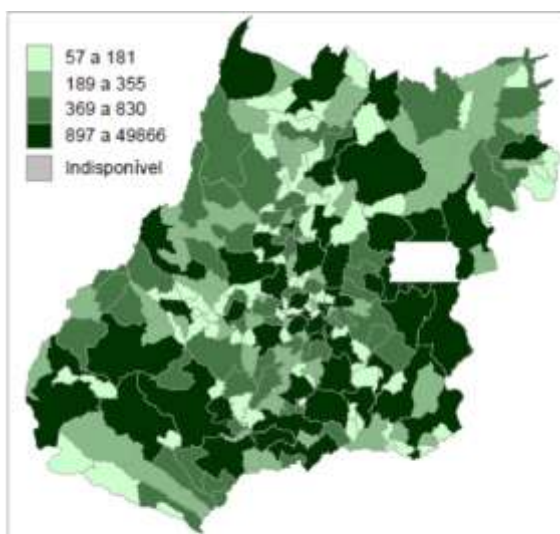


Figura 4. Pessoas residentes em Goiás com deficiência física/motora com alguma dificuldade para exercer a função motora. Goiás, 2016.
Fonte: IBGE, 2010b

Devido o expressivo número de pessoas com deficiência na sociedade atual unido ao fato que essa população apresenta um estado de saúde individualizado, é necessário que a assistência à saúde dessas pessoas seja realizada com maior frequência (CASTRO *et al.*, 2008). Contudo, faz-se necessário que a assistência permita o usufruto dos seus serviços de maneira acessível, autônoma, individualizada e humanizada. Entretanto, as pessoas com deficiência ainda não são totalmente inseridas em políticas públicas voltadas para melhoria do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde (CASTRO *et al.*, 2008).

Assim, no que tange à saúde, a lei 13.146/15 estabelece que os espaços dos serviços de saúde, independente de público ou privado, devem promover o acesso da pessoa com deficiência, removendo as barreiras, por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às necessidades desse grupo populacional (BRASIL, 2015).

Já a NBR 9050/2015 estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade (ABNT, 2015).

Bem como o Decreto nº 5.296/04 que regulamenta as leis 10.048/2000 e 10.098/2000, estabelece prioridade de atendimento às pessoas com deficiência e estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das

peças com deficiência ou com mobilidade reduzida. Aborda, em seu Art. 6º, que para o atendimento prioritário são necessárias algumas condições como: assentos reservados e sinalizados com instalações acessíveis; mobiliário de recepção e atendimento adaptados às normas da ABNT de edificações (NBR 9050/2015); divulgação, em lugar visível, do direito de atendimento prioritário das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, entre outros (BRASIL, 2004).

Além disso, o Ministério da Saúde estabeleceu ações importantes em relação às ações desenvolvidas para as pessoas com deficiência por meio da criação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa no âmbito do SUS com a publicação da Portaria 793, de 25 de abril de 2012. Nesta há a busca pela produção qualificada de saúde, envolvendo diversos atores como APS, rede especializada em reabilitação e rede de urgência/emergência com o foco em uma assistência voltada para integralidade da assistência, universalidade do acesso (incluindo a acessibilidade como um elemento essencial), equidade e participação social (CAMPOS, SOUZA, MENDES, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c)

Considera-se que a acessibilidade aos serviços de saúde é a relação entre necessidade do usuário e a estrutura organizacional do serviço. Uma das maiores necessidades, que é pouco discutida e divulgada, é a dificuldade das pessoas com deficiência de ter acessibilidade e acesso de forma oportuna, eficaz e humana nas unidades de saúde, principalmente na Atenção Primária em Saúde a qual se trata neste estudo.

3.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

Os primeiros conceitos sobre Atenção Primária à Saúde (APS) surgiram na Grã-Bretanha, na década de 1920, e foi usada por vários países para se referirem à reorganização dos serviços de saúde. A APS é considerada o primeiro nível de atenção à saúde, tendo o usuário o primeiro contato e os cuidados baseados nas suas necessidades. Além disso, utiliza-se de tecnologias acessíveis que levam à população a atenção à saúde de maneira mais próxima e no momento certo (GOMES *et al.*, 2011).

Diferentes termos têm sido usados para nomear essa forma de organização dos sistemas de saúde, levando a diferentes interpretações da abrangência e

escopo da APS nos diversos países e continente, devido sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação. Desde a proposta, em Alma-Ata (1978), do termo Atenção Primária à Saúde surgiram várias derivações. Apesar disso, a terminologia internacionalmente reconhecida é Atenção Primária à Saúde, mas no Brasil o Ministério da Saúde (MS) adotou o termo Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo que os dois termos são usados conceitualmente como sinônimos (CONASS, 2011). Em consonância a isso, nesse estudo utilizaremos o termo APS para nos referir ao primeiro e principal nível dos serviços de saúde.

A Atenção Primária à Saúde, que é o termo internacionalmente conhecido e correspondente à Atenção Básica de Saúde, (MELLO, FONTANELLA, DEMARZOM, 2009), quando relacionada com condições socioeconômicas e ambientais favoráveis pode indicar custos reduzidos na atenção à saúde. E, em países que adotaram a APS apresentaram um impacto positivo em seus serviços de saúde (MACINKO, GUANAIS, SOUZA, 2006).

O sistema de saúde brasileiro, antes da década de 1970 era constituído de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltadas principalmente para as campanhas de vacinação e controle de endemias, de forma que uma parcela da população era favorecida. Os trabalhadores e seus dependentes tinham sua assistência médico-hospitalar custeada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Dessa forma, aqueles que não possuíam um trabalho formal, uma grande parcela da população, eram excluídos do sistema e recebiam assistência médico-hospitalar pelas entidades filantrópicas (SOUZA, 2002).

Com a criação do Sistema Único de Saúde a partir da constituição de 1988, a saúde passou a ser considerada um direito social. Anterior a esse fato, o Brasil possuía uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias de caráter contributivo que dividia a população brasileira em grupos representados pelos previdenciários e não previdenciários. O Ministério da Saúde e as Secretarias dos Estados e Municípios desenvolviam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com destaque para campanhas de vacinação e controle de endemias (CAMPOS, 2007).

A Reforma Sanitária, a partir da década de 1970, deu início então, a um sistema de saúde que operasse com o princípio da universalidade nas ações de saúde, com a descentralização fortalecedora dos municípios e participação da

população na gestão em saúde. Além disso, que levasse em consideração os princípios do SUS como integralidade, equidade, regionalização e hierarquização (ABRAHÃO-CURVO, 2010; VIANA ALD'A, DAL POZ, 2005).

Seguido a esse cenário, a Conferência de Alma Ata sobre Cuidados Primários em 1978 e a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986, bem como os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde, marcam transformações significativas no contexto da APS, sustentando a visão de saúde como direito de todos e dever do Estado, numa perspectiva ampliada que considere não apenas seus determinantes biológicos, mas também psicológicos e sociais. E tem como foco os serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde em detrimento do sistema excludente que atendia apenas os trabalhadores contribuintes (GUANAES, MATTOS, 2011; VALENTIM, KRUEL, 2007).

Impulsionou, assim, o processo de implantação do SUS e o mesmo foi formalizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este foi o marco histórico da criação do SUS, estabelecida em 1988 na Constituição Federal do Brasil, e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080/1990 e 8.142/1990 (ABRAHÃO-CURVO, 2010).

A LOS 8.080/1990 discorre sobre a organização do SUS e de seu funcionamento dos serviços, inclusive os de caráter complementar e de iniciativa privada, baseado na abordagem da promoção, proteção e recuperação à saúde. Já a LOS 8.142/1990 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e os Conselhos de saúde de cada nível governamental, e estabelece os repasses financeiros nos níveis intergovernamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a; 1990b; PORTO, GARRAFA, 2011).

No Brasil, a APS é vista como uma ferramenta para o alcance dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS preconizados pela LOS supracitadas, como a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a igualdade, a equidade, participação da comunidade, hierarquização e regionalização. Estes são expressos nas ações e funções a serem desempenhadas pela APS em uma rede de saúde (MENDES *et al.*, 2012).

Para que haja uma consolidação do SUS e uma expansão da regionalização e descentralização, foi feita uma pactuação entre os gestores tripartites para estabelecer metas e indicadores a serem cumpridos. Esse pacto ficou conhecido como Pacto pela Saúde e foi criado em 2006 pela portaria GM/MS nº 399/2006 e nº

699/2006. Nele está incluso três dimensões Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (CUNHA, MAGAJEWSKI, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006b, 2006c).

O Pacto pela Vida corresponde a objetivos, metas e prioridades traçadas pelo governo tripartite que visem a melhoria das condições sanitárias da população, baseados nas necessidades da mesma. O Pacto em Defesa do SUS indica o fortalecimento do SUS como política fortalecida e ampla, envolvendo a participação da população, garantindo a saúde além dos limites setoriais e garantindo os princípios constitucionais. E o Pacto de Gestão estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS, esclarecendo as responsabilidades de cada ente federado. Destacando a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (LIMA *et al.*, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006b).

Dentro do Pacto pela Vida destaca-se suas prioridades pactuadas: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, promoção da Saúde e fortalecimento da ABS (termo este utilizado como sinônimo de APS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006b).

Com base nesse contexto, para melhorar o sistema de saúde público é necessário empenho dos gestores no cumprimento das políticas públicas e comprometimento no investimento da APS, pois ela se constitui o pilar para um sistema de saúde que proporcione atenção à saúde de qualidade, resolutiva e de baixo custo (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2003; MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

Dessa forma a ABS no Brasil é definida, na Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como:

Conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade,

integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012a).

Dentro da APS, destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1998. A mudança no nome ocorreu por ser considerada uma estratégia para reorganizar e reestruturar a prática assistencial, substituindo o modelo médico assistencial pelo fundamentado nas ações coletivas. Além disso, o termo “programa” fazia alusão a uma ação temporária e não de caráter permanente, como vem acontecendo (TESSER *et al.*, 2010).

A priorização às ações coletivas vem se expandindo sensivelmente desde então, baseando-se na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco à saúde da comunidade. E desde o final da década de 1990, a ESF vem sendo assumida pelo MS como a principal estratégia de organização na APS no país (FRANCO, MERHY, 2003; MATTOS, 2004; TESSER *et al.*, 2010).

Não só no Brasil, mas em diversos países europeus e latino-americanos, a ESF foi baseada em modelos assistenciais de Cuba e Canadá que adotaram a família em sua comunidade como o centro do cuidado. (OLIVEIRA, ALBUQUERQUE, 2008).

Como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, a ESF tem provocado um importante movimento no sentido de reordenar o modelo de atenção no SUS, já que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produz resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Assim, pelo fato da APS funcionar como porta de entrada e contato inicial do usuário, bem como por estar integrada e ser a ordenadora de uma RAS, acredita-se que consiga atender às necessidades da população. Porém, um atendimento que não foque apenas à doença, mas que coligue outros tipos de serviços que possuem algum ponto de intersecção com a saúde. Ao utilizar a APS como porta de entrada, acredita-se que a mesma possui capacidade de lidar com problemas amplos, diferentes e influenciados pelo contexto social e, assim, o indivíduo terá garantia de atenção à saúde no primeiro contato (OLIVEIRA-SILVA *et al.*, 2014; STARFIELD, 2002).

Portanto, a APS é a estratégia e nível de atenção à saúde que deve ser a primeira a repensar suas políticas, ações e gestão voltadas para a pessoa com deficiência física. Afinal, a APS é a que acontece mais próximo da realidade das famílias, com maior densidade de programas e políticas capazes de ordenar essas pessoas na Rede de Atenção à Saúde.

3.2.1 Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Primária

O conceito de saúde trazido que consta na legislação brasileira como um direito de todos e dever do Estado, prevê a universalidade do acesso aos serviços de saúde. Entretanto, observa-se dificuldade dos usuários no acesso universal aos serviços de saúde. Para o alcance desse acesso se faz necessário o fortalecimento da saúde como um bem público e social igualitário. Além da garantia da saúde como direito coletivo e individual a ser reorganizado em uma nova gestão que leve em conta a gestão compartilhada (JESUS, ASSIS, 2010).

O artigo 8º do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011b), sendo a ABS uma das portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde.

O acesso universal trazido pela legislação é um conceito complexo, muitas vezes utilizado de maneira equivocada, e pouco esclarecedor em sua relação com os serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e contexto utilizado (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

O acesso aos serviços de saúde tem sido bastante discutido na literatura internacional, instigando que existem poucas estratégias para superar as barreiras que ainda existem frente ao usuário, como as filas para marcação de consultas e/ou exames. Acreditam ainda que para o SUS funcionar veemente com seus princípios e diretrizes é preciso que as desigualdades de acesso, um dos principais problemas enfrentados, sejam supridas (ASSIS, JESUS, 2012).

De acordo com o Projeto de Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde – PROADESS, acesso é caracterizado como a capacidade dos serviços de

saúde promoverem a assistência no lugar e momento certo. Pressupõem que ter acesso é ter alcance a um serviço especializado, entretanto outros preocupam com a proximidade física do serviço. Porém, a suposição de que o cuidado e o serviço de saúde devam ser ofertados no momento adequado está presente em praticamente todas as definições. Já a qualidade em serviço de saúde é abordada em algumas, mas implícita em outras (PROADESS, 2011).

A maioria das definições do acesso aborda que o mesmo deve ser norteado pelas necessidades em saúde do indivíduo em um momento oportuno e necessário (GIOVANELLA, FLEURY, 1996; PROADESS, 2011; SANTOS, 2012; TRAVASSOS *et al.*, 2006).

Para Reis (2009), a necessidade do indivíduo ou comunidade deve estar inter-relacionada com as características que denotam a oferta dos serviços de saúde. Portanto, o acesso possui fatores determinantes como as necessidades de saúde das pessoas, suas características sócio demográficas e culturais, além de características do serviço de saúde como organização, prática e perfil dos profissionais, modelo assistencial, recursos tecnológicos e estruturais (MENDES *et al.*, 2012; SANTOS, 2012).

Para Starfield (2002), o acesso na APS deveria ser universal e não vinculado à necessidade ou queixa do usuário, uma vez que esta pode não ter sido ainda identificada. Segundo a mesma autora, a acessibilidade (estrutura) e a utilização de fato dos serviços é o que define um serviço de APS como porta de entrada.

Para a mesma autora, os termos acessibilidade e acesso são usados de forma intercalada e confusa, mas possuem significados complementares. A acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso possibilita o usufruto adequado dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a maneira com que a pessoa vivencia o serviço de saúde. Para essa mesma autora, o acesso é a possibilidade da continuidade do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e vai além da dimensão geográfica, envolvendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (STARFIELD, 2002).

Para Donabedian (1988, 2005) acessibilidade não é apenas a disponibilidade de um recurso em um dado momento. Ela pode ser entendida e dividida em duas classes: a sócio organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos estruturais dos serviços que interferem na relação destes com os

usuários, por exemplo, o tempo de espera para o atendimento. São recursos de caráter não espacial que facilitam ou dificultam os esforços do cliente para obter atenção. A segunda pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custo da viagem, dentre outros. Travassos e Martins (2004) afirma que a mencionada definição avança na abrangência do conceito já que a ele acrescenta-se a adequação dos profissionais e dos recursos às necessidades da população.

Starfield (2002) destaca que a acessibilidade se constitui no elemento estrutural necessário para que se atinja a atenção ao primeiro contato, à medida que possibilita a chegada das pessoas aos serviços.

O termo acessibilidade está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência (ASSIS *et al.*, 2010). Ela não se restringe ao uso dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Já a NBR 9050/2004 e 9050/2015 traz a acessibilidade como 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 qualquer pessoa, incluindo aquela com deficiência ou com mobilidade reduzida. Nesse mesmo decreto são definidas como barreiras: qualquer obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação

A acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil tem sido relatada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência (CASTRO *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2012). Esses problemas possuem ligação com a qualidade dos serviços, dentre eles citam-se a gestão ineficaz, a baixa resolutividade, a falta de identificação interna e externa dos serviços prestados na unidade, a pouca ou quase nenhuma adaptação dos estabelecimentos de saúde para pessoas com deficiência e o longo tempo de espera (KOPACH *et al.*, 2007).

Assim o acesso à saúde não é atingível apenas pela quantidade de portas de entrada e nem pelo volume da demanda, mas também pelo atendimento prestado baseado na localização e necessidades da população, qualidade do serviço e da equipe executora, visando um acesso equânime (DONABEDIAN, 1990).

A equidade é traduzida como “tratar desigualmente os desiguais” (FORTES, 2010) e é considerada um dos pilares do SUS e um princípio de justiça social (TRAVASSOS, 1997). Assim, equidade não é o mesmo que igualdade, as mesmas oportunidades, para uma pessoa com deficiência, já que para esta é necessário suportes e tecnologias assistivas para que se possa aproveitar as mesmas oportunidades de uma pessoa que não possui deficiência (CASTRO *et al.*, 2011). Por isso, a APS deve buscar a qualidade da assistência, progressivamente, por meio de esforços conjuntos.

Dessa forma, para que a APS tenha tal qualidade esperada, um dos fatores essenciais é que os serviços de saúde disponham de acesso, acessibilidade, ambiência e de estruturas adequadas que abarcam áreas físicas e instalações; materiais e equipamentos; número adequado de recursos humanos com preparo específico e que inter-relacionam com o cliente e sua família na intenção de criar vínculo construído pela efetividade das ações e respeito à autonomia dos usuários (SAPAROLLI, ADAMI, 2010).

Assim, o acesso nos serviços de saúde está relacionado com as facilidades e as dificuldades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos, ou seja, a garantia de acesso pressupõe inexistência de obstáculos físicos, financeiros e outros meios de acessibilidade para a utilização dos serviços disponíveis (VIACAVA, 2012).

Reconhecer as necessidades e características dos usuários, bem como discutir as ferramentas de gestão e assistência à saúde disponíveis para estabelecer políticas, programas e ações, faz com que os princípios do SUS sejam colocados em práticas e a APS fortalecida neles. Por isso, torna-se imperativo a avaliação do acesso e acessibilidade na Atenção Primária à Saúde, por meio de instrumentos que padronizam, sistematizam e direcionam os profissionais.

3.2.2 Avaliação dos serviços de saúde

A literatura aponta que sempre existiram mecanismos para a avaliação de serviços de saúde, por meio da opinião pública ou pareceres de conselhos corporativos. Afirmam ainda que a avaliação é tão antiga quanto os próprios

serviços de saúde (FLEXNER, 1940; GONZALES, 1984 apud REIS *et al.*, 1990; PEREZ, 1983 apud REIS *et al.*, 1990).

Outros autores afirmam que o conceito de avaliação surgiu diante os elevados e crescentes gastos com a saúde. Além disso, o aumento da complexidade dos procedimentos realizados, principalmente após a Segunda Guerra Mundial com o avanço técnico-científico, unido aos recursos financeiros limitados, fizeram com que os gestores repensassem a prática. Houve, então, a necessidade de se avaliar os custos com a atenção à saúde e expandir pesquisas e trabalhos sobre os mesmos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; LIMA, SILVA, 2011; REIS *et al.*, 1990; WARNER, LUCE, 1982).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), avaliação é mensurar, quantitativa e qualitativamente, com métodos pertinentes, um processo ou serviço, comparando-se o resultado obtido com critérios pré-estabelecidos. Isto é, estabelecer a interlocução entre o planejamento das ações com o processo avaliativo, fazendo uma análise crítica. Além disso, afirmam que a avaliação é uma das melhores ferramentas para justificar as tomadas de decisões, por gestores e outros profissionais assistenciais a uma sociedade que se torna a cada dia mais informada e exigente (BROUSSELLE *et al.*, 2011; WHO, 1981; 2010).

Assim, a avaliação é considerada uma das mais importantes atividades na gestão de serviços de saúde por permitir o reconhecimento de alguma carência ou falha nas metas. Além de propiciar uma visão dilatada, não apenas no que está em andamento, mas também no planejamento de ações futuras norteando as tomadas de decisão (SYLVER, 1992).

Avaliar resume-se em emitir um juízo, medir e comparar as características, funcionalidade, qualidade ou atributos de um serviço, ação, programa, equipe, entre outros (STENZEL, MISOCZKY, OLIVEIRA, 2004; TANAKA, 2011). Deste modo, apontam que para avaliar tais aspectos é importante que se tenha métodos e técnicas científicas na construção de instrumentos de avaliação (HORTALE, MOREIRA, KOIFMAN, 2004; TAMAKI *et al.*, 2012).

Para que essa estratégia de avaliação seja institucionalizada é necessário que a equipe conheça essa ferramenta a ser utilizada, além do envolvimento dos diversos protagonistas, abarcados nesse processo, na busca do melhor desempenho dos serviços de saúde. É necessário e imperativo que se crie uma cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA, TAMAKI, 2012).

Pensar em institucionalizar processos avaliativos ainda é compassivo diante das demandas urgentes que o SUS possui. Entretanto, se faz necessário a adoção dos mesmos na rotina de serviços (RODRIGUES, SANTOS, PEREIRA, 2014).

A avaliação tem sido institucionalizada na busca de construir processos estruturados e sistemáticos para a mesma. Essa busca tem por objetivo convergir e coincidir com os princípios do SUS, almejando a melhoria da qualidade da atenção à saúde (FAUSTO *et al.*, 2006; FELISBERTO, 2004).

Essa qualidade da assistência no âmbito da avaliação ganhou espaço no Brasil no final da década de 1990. O contexto histórico em que houve esse crescimento foi o da conquista da reforma sanitária, com o fortalecimento da participação do controle social nas ações de planejamento, implementação e avaliação (ESPERIDIÃO, TRAD, 2005; TRAD *et al.* 2002;).

A capacidade de conceituar a qualidade das ações em saúde depende do cenário em que os sujeitos estão inseridos no sistema de saúde. Os gestores dos serviços centram suas atenções na eficácia, eficiência e custo do atendimento; os profissionais de saúde focalizam na técnica e tecnologia a ser utilizada, no aprimoramento do conhecimento científico individual, reconhecimento profissional e pessoal e ambiente de trabalho adequado; já os usuários dos serviços vem a qualidade como o fácil acesso às suas demandas, resolutividade de suas necessidades e expectativas (CAMPOS, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (2010) aponta que a definição de qualidade é um serviço de saúde prestado de forma adequada ao paciente, levando o mesmo a um estado de saúde de grau elevado. Pereira (2006) afirma que outros autores alegam que ao executar ações e serviços atinge-se um determinado grau de excelência ou adequação que podem ser mensurados por meio de padrões pré-estabelecidos ou comparação com outros dados equivalentes.

A definição, de forma objetiva, de quais serão esses parâmetros ou padrões e como mensurá-los adequadamente, é um dos empasses encontrados. Tal fato se concretiza devido a associação de dois termos com múltiplos significados e sentidos, gerando uma complexidade na construção do processo e dificuldades na utilização dos conceitos, bem como a aplicação dos mesmos, envolvendo dimensões objetivas e subjetivas (BOSI, UCHIMURA, 2006, 2007; LIMA, SILVA, 2011).

Para auxiliar nessa avaliação da qualidade dos serviços, Donabedian (2005) destaca que o ponto de partida para tal é a busca pelo entendimento da definição da

qualidade, bem como seus enfoques teóricos. Diante disso, o mesmo autor define os sete pilares da qualidade:

- ✓ Aceitabilidade – relação entre o profissional e o usuário, o respeito às suas preferências e valores, a satisfação pessoal e aceitação quanto aos efeitos e custos provenientes do cuidado oferecido;

- ✓ Efetividade – considera a dimensão com que se alcança o resultado para melhorar a saúde; é o resultado do cuidado real;

- ✓ Eficácia – definida como a capacidade do cuidado oferecido em alcançar melhor estado de saúde, em condições ideais, ou seja, é o resultado obtido do cuidado na melhor condição possível;

- ✓ Eficiência – retrata a capacidade de se obter os melhores resultados com os menores custos; se um cuidado é tão eficaz e efetivo quanto ao outro, o mais eficiente é aquele com menor custo;

- ✓ Equidade – reflete o quanto o cuidado respeita os princípios de justiça na sua distribuição;

- ✓ Legitimidade – conformidade das preferências quanto à aceitabilidade pela comunidade;

- ✓ Otimização – melhor cuidado efetivo que pode ser obtido (pelo paciente) no emprego da relação custo/benefício na assistência à saúde.

Além disso, Donabedian (2005) define três elementos como norteadores para a avaliação dos serviços de saúde: a estrutura, o processo e o resultado. Na dimensão da avaliação da estrutura enfatiza a importância dos recursos materiais, humanos e organizacionais. No processo se avalia a interação entre usuários e profissionais e o que está sendo usado nessas relações, como o conhecimento, as técnicas e tecnologias, isto é, o que está sendo produzido nas práticas dos serviços de saúde. Por último, os resultados que são considerados os produtos das ações, como as consultas, os exames, os atendimentos e a satisfação das necessidades das pessoas que estão sendo cuidadas.

Desse modo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um instrumento de avaliação que utiliza a teoria de Donabedian (2005) abordando em seu conteúdo os três elementos: estrutura, processo e resultado. O programa foi implantado com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade nos serviços de saúde da Atenção Primária no âmbito do SUS e está

organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo no processo de avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Por meio de seu objetivo, o PMAQ visa também garantir um padrão de qualidade comparável municipal, estadual e nacionalmente, considerando as diferentes realidades de saúde. Além disso, possibilitar maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS. E dentre suas diretrizes, destaca-se a previsão de um contínuo e crescente melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011a, 2013a).

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases denominadas de Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização que são descritas da seguinte forma:

✓ A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e destes com o MS num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b);

✓ Na segunda fase, denominada de Desenvolvimento, é realizada a autoavaliação das equipes, o monitoramento de indicadores contratualizados e educação permanente de acordo com o pactuado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b);

✓ A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa (por uma equipe de instituição de ensino/pesquisa) para a totalidade de municípios e EAB participantes do Programa. Aqui serão avaliados os padrões e indicadores previamente estabelecidos como elementos relacionados à estrutura física, materiais, equipamentos, imunobiológicos e outras condições nas UBS; à gestão de pessoas e trabalho das equipes das UBS; e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde avaliados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b);

✓ A quarta fase do PMAQ é constituída pelo processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Deve haver o acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na segunda e terceira fase do PMAQ-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Diante o exposto, que o PMAQ-AB é um programa cíclico e contínuo, o MS após instituí-lo, em 2011, iniciou as pactuações e início dos ciclos: 1º Ciclo em 2012 a 2013 com a avaliação externa (terceira fase) em 2012; 2º Ciclo em 2013 a 2014, com a avaliação externa em 2014; e o 3º ciclo previsto para 2015 a 2016 com avaliação externa em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b; THUMÉ, 2015).

Após ocorrência do ciclo do PMAQ acontece a certificação da equipe. A partir dessa certificação é repassado o incentivo financeiro designado de componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Este é calculado de acordo com as ações estratégicas que o município desenvolve e não é um valor fixo, como o próprio nome já diz. Os municípios recebem inicialmente (Fase 1), no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do componente de qualidade do PAB Variável por equipe contratualizada. Posteriormente cada equipe receberá novos percentuais variáveis do referido valor conforme o desempenho da certificação (LIMA, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2011a).

Os percentuais de acordo com a certificação levam em conta os seguintes parâmetros, instituídos pela Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 e atualizada pela Portaria nº 1.063/GM/MS, de 3 de junho de 2013 e Portaria nº 535/GM/MS de 3 de abril de 2013:

- ✓ Insatisfatório: a equipe não cumpre com os compromissos previstos no momento da contratualização, sendo desclassificada. Há a suspensão do repasse dos 20% do componente de qualidade do PAB Variável, além da obrigatoriedade de assumir um termo de ajuste;

- ✓ Mediano ou abaixo da média: 50% das equipes classificadas com os menores desempenhos, considerando a distribuição da Curva de Gauss. Mantem-se o repasse dos 20% do componente de qualidade do PAB Variável e realiza-se a recontratualização;

- ✓ Acima da média: 34% das equipes classificadas com desempenho intermediário, de acordo com a distribuição da Curva de Gauss. Ocorre a ampliação de 20% para 60% do componente de qualidade do PAB Variável e recontratualização;

- ✓ Muito acima da média: conforme a distribuição da Curva de Gauss, 16% das equipes classificadas com os maiores desempenhos. Tais equipes têm a

ampliação dos 20% para 100% do componente de qualidade do PAB Variável e recontratação.

Oferecer tais incentivos financeiros e apoio técnico-científico, como prevê o PMAQ-AB, ao melhor desempenho pode estimular a melhoria do desempenho das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal dos serviços de saúde. Avaliar o desempenho da APS é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira (PEREIRA, JEZIORSKI, FACCHINI, 2012). Apesar de ser um programa recente, alguns estudos já apontam alguns avanços nos serviços de saúde após implantação do PMAQ-AB.

Estudo realizado em banco de dados secundários, no Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB e PMAQ-AB 1º ciclo, observou que a qualidade dos dados presentes e alimentados no SIAB pelas equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB 1º ciclo possuíam menores porcentagens em inconsistência nos dados estratégicos como Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Saúde Bucal, Tuberculose e hanseníase. (SILVA, BAVARESCO, COSTA-JUNIOR, 2014). Esse achado indica uma maior preocupação e compromisso em informar os dados de forma adequada, fidedigna e em tempo hábil; o que permite à gestão planejar, implementar e avaliar de maneira mais adequada e eficaz.

Outros estudos apontam que existem poucos incentivos para a qualificação profissional, bem como distribuição não favorável na oferta de especializações, residências e capacitações voltadas para atuação na APS (MOTA, DAVID, 2015; SEIDL *et al.*, 2014;). Além do curto período entre os ciclos do PMAQ que dificulta a “identificação de problemas, definição de estratégias de intervenção e mudança de realidades” (MOTA, DAVID, 2015). Tal fato pode contribuir para desmotivação e limitações dos profissionais de se manterem na AB (SEIDL *et al.*, 2014).

Entretanto, grande parte dos autores assegura que o PMAQ-AB é uma iniciativa relevante ao SUS, que incrementa várias diretrizes e objetivos da PNAB, e outras características relevantes para gestão e implementação das ações em saúde. Além disso, incentiva a auto avaliação e esta traz a necessidade de redirecionar as ações e serviços rumo ao planejamento e implementação adequados (PEREIRA, JEZIORSKI, FACCHINI, 2012; PINTO, FERLA, 2014; RODRIGUES, SANTOS, PEREIRA, 2014).

O redirecionamento dessas ações é contemplado na expectativa do PMAQ-AB de estabelecer uma interlocução entre gestores, profissionais e usuários (por meio da transparência e divulgação das informações obtidas no programa) para que seja traçada o perfil da realidade em que vive cada comunidade, planejamento e implementação das ações de maneira conjunta (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014; PINTO, FERLA, 2014; RODRIGUES, SANTOS, PEREIRA, 2014;).

O programa acredita que essa mobilização não seja única ou que ocorra em um determinado período. Mas que gere uma transformação nos modos de pensar, agir e implementar a gestão, a atenção à saúde e a participação do usuário dos serviços, a fim de se transformar num processo cíclico, contínuo e progressivo no estabelecimento de uma nova cultura (BRASIL, 2011c; PINTO, SOUSA, FERLA, 2014; PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012;). Para, assim, produzirem transformações concretas nos serviços e fortalecê-los nos princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação social.

Nessa perspectiva, o PMAQ-AB vem para qualificar a Atenção Primária à Saúde e estabelecer mecanismos que assegurem o acesso e a acessibilidade. Pressupõe, assim, a organização e funcionamento dos serviços de saúde de maneira não excludente e que esteja aberto a ouvir as demandas das pessoas que o procura. A capacidade de acolher, vincular e responsabilizar o usuário é essencial para efetivação da APS, uma vez que é o contato e porta de entrada preferencial da RAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, 2013a; TANAKA, MELO, 2008;).

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo de corte transversal utilizando dados secundários da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES).

A utilização de dados secundários para a avaliação da gestão dos serviços de saúde é considerada importante para os estudos avaliativos. Trata-se de uma ferramenta que é altamente indicada pela facilidade de acesso às informações, pelo custo, agilidade na obtenção das informações e do potencial de impacto nos serviços de saúde (TANAKA, TAMAKI, 2012).

Estudos transversais são recomendados para avaliações de adequação da cobertura, da qualidade de serviços e também podem ser utilizados em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (HABICHT *et al.*, 1999).

Como logística do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, os estados brasileiros foram agrupados em seis consórcios. O estado de Goiás faz parte do consórcio composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal, com a coordenação geral na Universidade Federal de Pelotas - RS. No estado de Goiás a coordenação da pesquisa foi realizada pela Universidade Federal de Goiás.

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases denominadas de Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e destes com o MS num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Na segunda fase, denominada de Desenvolvimento, é realizada a autoavaliação das equipes, o monitoramento de indicadores contratualizados e educação permanente de acordo com o pactuado. Já a terceira fase do PMAQ

consiste na avaliação externa (por uma equipe de instituição de ensino/pesquisa) para a totalidade de municípios e EAB participantes do Programa. Aqui serão avaliados os padrões e indicadores previamente estabelecidos como elementos relacionados à estrutura física, materiais, equipamentos, imunobiológicos e outras condições nas UBS; à gestão de pessoas e trabalho das equipes das UBS; e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde avaliados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

A quarta fase do PMAQ é constituída pelo processo de reconstrução que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Deve haver o acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na segunda e terceira fase do PMAQ-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

Esse estudo está inserido na terceira fase do primeiro e segundo ciclo do PMAQ - AB, que consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica (EAB), participantes do PMAQ-AB no estado de Goiás.

4.2 Local do Estudo

Esse estudo foi realizado nos 246 municípios do estado de Goiás, que é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situado a leste da Região Centro-Oeste. O seu território é de 340.112 km², sendo delimitado pelos estados do Mato Grosso do Sul a sudoeste, Mato Grosso a oeste, Tocantins a norte, Bahia a nordeste, Minas Gerais a leste, sudeste e sul e pelo Distrito Federal (GOIÁS, 2013).

De acordo com o censo de 2013 divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o estado de Goiás contava com 6.434.048 habitantes (IBGE, 2013). O crescimento demográfico no estado acentuou-se após a fundação das cidades de Goiânia, em 1933 e Brasília, em 1960 e atualmente é a região mais populosa do centro-oeste brasileiro (GOIÁS, 2013).

O estado de Goiás está dividido em cinco macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste. Essas macrorregiões estão subdivididas em 18 microrregiões com 246 municípios. Cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria da Saúde do Estado, ou

seja, é uma forma dos municípios terem mais proximidade com o Governo Estadual na área da saúde (GOIÁS, 2013).

Para a realização da pesquisa no estado de Goiás, foram construídas sete rotas divididas por microrregiões geográficas do estado. Essa construção foi realizada pela coordenação da pesquisa por meio da utilização de mapas das rodovias, dos rios que cortam o estado e pela associação das divisões de micro e macrorregiões existentes com o apoio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS.

4.3 Amostra do Estudo

A amostra do estudo foi constituída por 1216 unidades de saúde (que compuseram o módulo I) e 677 profissionais de saúde (que compuseram o módulo II) no Ciclo 1 do PMAQ-AB. Já a amostra do Ciclo 2 foi composta por 975 unidades de saúde (módulo I) e 1180 profissionais (módulo II) do estado de Goiás.

O módulo I refere-se à observação e às condições de infraestrutura das unidades de saúde; o módulo II caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Nessa pesquisa foram utilizadas variáveis dos módulos I e II de ambos os ciclos (descritas no item 4.6).

Os entrevistados foram enfermeiros, médicos ou profissional de nível superior que tinham o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e que foram indicados pela mesma, previamente. Além disso, deveriam ser contatados, com antecedência, pelo entrevistador.

O critério de inclusão das unidades de saúde foi a realização da contratualização ao PMAQ-AB. O critério de exclusão dos profissionais foi a ausência dos mesmos na equipe por motivo de férias ou licenças.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de junho a agosto de 2012 no primeiro ciclo, e de janeiro a março de 2014 no segundo ciclo do PMAQ-AB.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado para a avaliação externa das unidades de saúde (ANEXO 1 e 2). Esse instrumento foi estruturado por uma equipe do Ministério da Saúde e utilizado em formulário eletrônico inseridos em *tablets* que possuem um programa com os módulos do questionário. Após o final de cada entrevista, os dados foram enviados através da *internet* para um banco de dados *on-line* do Ministério da Saúde.

No instrumento haviam questões que envolviam a verificação/observação de documentos comprobatórios, o profissional entrevistado indicava nos referidos documentos os elementos que comprovavam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.

Os dados foram coletados por equipes distribuídas em oito rotas (primeiro ciclo) e sete rotas (segundo ciclo). Cada equipe era composta por uma supervisora de campo e seis entrevistadores. Estes foram escolhidos por meio de um processo seletivo e passaram por treinamento prévio antes do início das entrevistas de campo.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram transferidos *on-line* para o banco do Ministério da Saúde e posteriormente exportados, para arquivo compatível com o Software Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 22.0, para serem analisados. Esses dados foram submetidos a um processo de codificação (cada variável possuía um número conforme Quadro 2).

Para a análise, os 246 municípios foram classificados e divididos por porte populacional com base na apresentação pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em sua publicação. Entretanto, visando a maior aproximação da realidade do estado de Goiás, adaptou-se a classificação do IBGE (2010b), construindo novas categorias de análise. Os municípios foram agrupados, conforme o número de habitantes obtido no levantamento realizado em 2010, em sete classes de tamanho populacional: até 5.000 habitantes; 5.001 a 10.000 habitantes; 10.001 a 20.000 habitantes; 20.001 a 50.000 habitantes; 50.001 a 100.000 habitantes; 100.001 a 500.000 habitantes e mais de 500.000 habitantes. Essa classificação foi utilizada para discussão dos dados referentes à infraestrutura das unidades de saúde.

As variáveis do estudo foram divididas de acordo com o primeiro e segundo ciclo do PMAQ-AB, o módulo I e II do questionário e subdimensões (Quadro 2).

Quadro 2. Quadro com as variáveis utilizadas no estudo, baseado nos instrumentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ-AB, 2012 e 2014.

		Subdimensão do Questionário	Variável
CICLO 1 (2012)	Módulo I	Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica	I.3.1-Qual o tipo de unidade de saúde? I.3.5-Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s)
		Acessibilidade na unidade de saúde	I.5.1 - Observar a área externa da entrada na unidade de saúde quanto às características de acessibilidade. I.5.2 - A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?
	Módulo II	Territorialização e população de referência da equipe de atenção básica	II.13.3 - Existe definição da área de abrangência da equipe? II.13.4 - A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência?
CICLO 2 (2014)	Módulo I	Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica	I.3.1 - Qual o tipo de unidade de saúde? I.3.3- Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) existentes na unidade:
		Acessibilidade na Unidade de Saúde	I.5.1 Nas dependências da unidade: Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas? Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas? Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário?
		Características estruturais e ambiência da unidade de saúde	I.10.1.2 Sanitário para pessoa com deficiência
	Módulo I	Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	II.10.2 - Existe definição da área de abrangência da equipe? II.10.3 A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?
		Atenção à Pessoa com Deficiência**	II.24.1 A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência? II.24.1/1 Existe documento que comprove? II.24.2 A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção? II.24.3 Qual o tipo? II.24.3.1 Aparelho auditivo; II.24.3.2 Membros superiores; II.24.3.3 Membros inferiores; II.24.3.4 Cadeira de rodas; II.24.3.5 Outro(s)

*Nessas subdimensões tratavam da acessibilidade nas unidades de saúde, entretanto algumas variáveis abordadas no Ciclo 1 (2012) foram retiradas no Ciclo 2 (2014) do PMAQ-AB.

** Essa subdimensão foi abordada apenas no Ciclo 2 (2014) do PMAQ-AB.

As variáveis foram analisadas de forma descritiva e apresentadas por meio de frequências, médias e números absolutos. Estas foram calculadas no sentido de fundamentar nossa análise e discussão com base no referencial teórico da pesquisa.

Os resultados são apresentados por tabelas e gráficos e discutidos na sequência, assim como os resultados de algumas variáveis são apresentados de forma descritiva, tentando explorar ao máximo os resultados para responder aos objetivos propostos neste estudo.

4.6 Aspectos éticos

Esse estudo adota a logística do projeto nacional de avaliação da Atenção Básica no Brasil do Ministério da Saúde, denominado PMAQ-AB, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas com o número de protocolo 38/12 (ANEXO 3) e teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da acessibilidade às pessoas com deficiência física na Atenção Primária à Saúde realizada neste estudo é apresentada conforme nosso plano de análise e baseada no referencial teórico. No primeiro subcapítulo, apresenta-se a classificação dos 246 municípios do estado de Goiás por porte populacional e a distribuição das unidades de saúde e em seguida caracteriza-se a estrutura física quanto à acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás; e no segundo capítulo é descrita a organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência física, porém não é utilizada a classificação de porte populacional dos municípios, considerando que não foram encontradas diferenças substanciais nos resultados quando comparados ao número de habitantes.

5.1 Caracterização da estrutura física quanto à acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás

Os resultados apresentados neste subcapítulo correspondem aos elementos estruturais observados nas unidades de saúde no estado de Goiás. Fizeram parte deste estudo 1216 unidades no Ciclo 1 e 975 unidades no Ciclo 2 do PMAQ-AB, no estado de Goiás.

Essas unidades foram distribuídas conforme as classes de municípios criadas por porte populacional, conforme Quadro 3.

As unidades de saúde pesquisadas são diferenciadas, em sua maioria, em Unidade Básica de Saúde (UBS) e Postos de Saúde. As UBS totalizam quase 80% e 90% no Ciclo 1 e 2, respectivamente.

Quadro 3. Número de municípios e unidades de saúde do estado de Goiás distribuído em classes, segundo porte populacional, Goiás, 2012 e 2014.

Classes (Por nº de habitantes)	Número de municípios	Unidades de saúde* (PMAQ-AB Ciclo 1)	Unidades de saúde** (PMAQ-AB Ciclo 2)
Até 5.000 hab	100	150	114
De 5.001 a 10.000 hab	55	134	117
De 10.001 a 20.000 hab	39	179	155
De 20.001 a 50.000 hab	32	275	221
De 50.001 a 100.000 hab	11	182	136
De 100.001 a 500.000 hab	8	212	173
Mais de 500.000 hab	1	84	59
Total	246	1216	975

Fonte: IBGE, 2010b (adaptado)

* Unidades de saúde que fizeram adesão ao Ciclo 1 (2012) do PMAQ-AB, no estado de Goiás.

** Unidades de saúde que fizeram adesão ao Ciclo 2 (2014) do PMAQ-AB, no estado de Goiás.

Os Postos de Saúde são caracterizados pela assistência de uma determinada população por profissional de nível médio com a presença permanente ou não de um médico, com agenda programada ou não. Outro tipo de estabelecimento são as Policlínicas que destinam-se a atendimentos em várias especialidades, podendo incluir outras além das especialidades médicas e pronto atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

Já as UBS são aquelas que prestam assistência básica contínua e integral à população, contendo assistência médica, odontológica e de outros profissionais de nível superior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b). Além disso, são consideradas as direcionadoras da Rede de Atenção à Saúde por terem maior grau de capilaridade entre a comunidade, família e indivíduo; e por possuir uma maior densidade de programas, serviços e ações voltados para promoção da saúde e prevenção de agravos, tratamento e reabilitação em saúde (STARFIELD, 2002; MENDES *et al.*, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; OLIVEIRA-SILVA *et al.*, 2014). Sendo assim, acredita-se que as UBS são as que estão mais próximas para receber a pessoa com deficiência física para ouvir suas demandas e necessidades na tentativa de instrumentalizar os serviços voltados para essa população.

Ao avaliar a estrutura física em relação à acessibilidade às pessoas com deficiência física nessas unidades de saúde da APS considera-se que todos os espaços, edificações, mobiliários e equipamentos urbanos públicos ou privados que forem projetados, construídos ou implantados, bem como reformas e ampliações devem seguir as indicações nos quesitos de acessibilidade que constam na

NBR/ABNT 9050, bem como na lei 13.146 /2015 (ABNT, 2015; BRASIL, 2015).

Toda edificação, equipamento urbano e mobiliários devem obedecer uma rota acessível, que é definida como um trajeto contínuo, sinalizado, livre de obstáculos que interliga ambientes externos e internos, podendo ser usados por todas as pessoas de forma segura e autônoma. A rota acessível externa é definida por elementos como calçadas, rampas, estacionamentos e outros. Já a rota acessível interna traz elementos como pisos, rampas, escadas, corredores, portas e outros (ABNT, 2015).

Nas unidades de saúde da APS no estado de Goiás, percebe-se que, aproximadamente, menos de 40% delas possuem calçadas em boas condições e menos de 30% das unidades possuem piso antiderrapante; menos de 50% das unidades possuem piso regular em suas entradas (Tabela 1). Em relação aos pisos antiderrapantes e pisos regulares percebe-se que quanto maior o número de habitantes, menor a acessibilidade nesses quesitos. Esse resultado pode ser justificado, pois muitas edificações onde são instaladas as unidades de saúde APS são cedidas ou alugadas, não sendo planejadas e construídas para tais fins.

Quanto às calçadas da entrada das unidades de saúde observou-se que não atende às recomendações da NBR 9050 no quesito ausência de obstáculos e desnivelamentos. Ainda de acordo com a NBR 9050 as calçadas devem ter uma largura mínima de 1,5 metros que permite a circulação de duas cadeiras de rodas, além disso devem ser sinalizadas e ser livres de obstáculos. As calçadas devem ter rebaixamentos nas esquinas, meio da quadra e nos canteiros que dividem a pista e não podem apresentar desnível entre o término do rebaixamento e o início da nova rota (ABNT, 2015).

Outros estudos realizados no Brasil demonstram que as situações das calçadas que dão acesso às unidades de saúde da APS e de hospitais são precárias e não diferem do encontrado aqui em Goiás (ALMEIDA *et al.*, 2006; BATISTÃO, CHAVES, GOMES, 2014; VASCONCELOS *et al.*, 2006; FRANÇA *et al.*, 2010).

Pesquisa realizada por França *et al.* (2010) na Paraíba, apontou que 90% das calçadas das UBS apresentavam a largura necessária de 1,5 metros, entretanto apresentavam buracos e outras condições que dificultam a rota acessível. Outros estudos realizados por Almeida *et al.* (2006) e Vasconcelos *et al.* (2006), ambos no Ceará, demonstraram que 75% e 58%, respectivamente, apresentavam calçadas nas dimensões adequadas, mas todas encontravam-se esburacadas e com

desnivelamentos.

Tabela 1. Características da estrutura física quanto à acessibilidade que estão disponíveis nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, PMAQ-AB Ciclo1, 2012

CARACTERÍSTICAS	Até 5.000 hab (n=150)		5.001 a 10.000 hab (n=134)		10.001 a 20.000 hab (n=179)		20.001 a 50.000 hab (n=275)		50.001 a 100.000 hab (n=182)		100.001 a 500.000 hab (n=212)		Acima de 500.000 hab (n=84)	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Calçada da entrada em boas condições	75	50,0%	54	40,3%	70	39,1%	109	39,6%	65	35,7%	67	31,6%	39	46,4%
Piso antiderrapante na entrada	35	23,3%	38	28,4%	48	26,8%	60	21,8%	43	23,6%	39	18,4%	17	20,2%
Piso regular na entrada	93	62,0%	78	58,2%	103	57,5%	150	54,5%	90	49,5%	83	39,2%	43	51,2%
Rampa de acesso na entrada	84	56,0%	58	43,3%	83	46,4%	112	40,7%	70	38,5%	83	39,2%	41	48,8%
Corrimão na entrada da UBS	15	10,0%	3	2,2%	4	2,2%	13	4,7%	13	7,1%	8	3,8%	12	14,3%
Barras de apoio na UBS	24	16,0%	22	16,4%	27	15,1%	35	12,7%	36	19,8%	21	9,9%	9	10,7%
Corrimão dentro da UBS	10	6,7%	2	1,5%	6	3,4%	12	4,4%	12	6,6%	11	5,2%	9	10,7%
Porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas	67	44,7%	47	35,1%	64	35,8%	64	23,3%	52	28,6%	52	24,5%	29	34,5%
Corredores internos adaptados para cadeira de rodas*	54	36,0%	41	30,6%	57	31,8%	41	14,9%	41	22,5%	47	22,2%	16	19,0%
Portas internas adaptadas para cadeira de rodas*	50	33,3%	36	26,9%	58	32,4%	40	14,5%	46	25,3%	43	20,3%	12	14,3%
Banheiros adaptados*	22	14,7%	18	13,4%	23	12,8%	24	8,7%	36	19,8%	18	8,5%	10	11,9%
Espaço para acomodar cadeira na recepção	64	42,7%	45	33,6%	61	34,1%	65	23,6%	41	22,5%	48	22,6%	25	29,8%
Bebedouros adaptados	16	10,7%	9	6,7%	19	10,6%	19	6,9%	9	4,9%	12	5,7%	8	9,5%

Fonte: Dados da pesquisa nacional de avaliação externa – PMAQ-AB/MS, ciclo 1, 2012.

*Variáveis que permaneceram na avaliação do PMAQ-AB no Ciclo 2 (2014), conforme Tabela 2.

Esses resultados encontrados demonstram a dificuldade e impossibilidade do deslocamento com autonomia e segurança da pessoa com deficiência, já que o estado de conservação e construção das calçadas não permite o trânsito livre e acessível dessas pessoas (FRANÇA *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2006; VASCONCELOS *et al.*, 2006).

Em relação aos pisos das unidades de saúde da APS no estado de Goiás, investigadas neste estudo, percebe-se que também não atendem às exigências da normativa em vigor. Menos de 30%, aproximadamente, possuem pisos antiderrapantes, pouco mais de 50% possuem pisos regulares (Tabela 1).

Os pisos devem ser de revestimentos com superfície regular, estável, firme e antiderrapante em qualquer condição (úmido ou seco). Além disso, deve ser evitado o uso de revestimentos que causem sensação de tridimensionalidade e possível sensação de insegurança pela pessoa que transita. Os pisos podem ter inclinação transversal da superfície de até 2% e 3% para pisos internos e externos, respectivamente. A inclinação longitudinal da superfície deve ser inferior a 5%, pois acima desse valor são consideradas rampas (ABNT, 2015).

Estudo realizado em hospitais do Ceará mostrou que os pisos não possuíam superfície regular, estável e antiderrapante (PAGLIUCA, ARAGÃO, ALMEIDA, 2007). Em consonância, no estudo da APS no estado da Paraíba, 75% das unidades de saúde não apresentavam essas características no piso, colocando a segurança do usuário à prova (FRANÇA *et al.*, 2010).

Ao investigar as rampas de acesso, aproximadamente 45% das unidades as possuem e menos de 14% das unidades possuem corrimão em suas entradas; menos de 45% das unidades possuem portas e corredores de entrada adaptados para cadeira de rodas e menos de 36% das unidades possuem portas e corredores internos adaptados (Tabela 1). Esses resultados referem-se ao Ciclo 1 do PMAQ-AB, pois no segundo ciclo houve a supressão de muitas variáveis, no questionário de entrevistas, que dizem respeito à acessibilidade nas unidades.

Os dados da pesquisa do Ciclo 2 mostrou que dentre as variáveis que permaneceram no questionário percebeu-se uma melhora quanto aos corredores adaptados e entradas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas, sendo que a primeira característica alcançou mais de 50% entre as unidades de municípios com até 50.000 habitantes, enquanto que os municípios acima de 50.001 habitantes alcançaram entre 30% e 40%, aproximadamente. No que diz respeito às portas e

entradas internas adaptadas para cadeira de rodas o resultado não foi diferente, com destaque aos municípios acima de 500.000 habitantes que atingiram pouco mais de 20% (Tabela 2).

Tabela 2. Características da estrutura física quanto à acessibilidade que estão disponíveis nas unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, PMAQ-AB Ciclo 2, 2014

CARACTERÍSTICAS	Até 5.000 hab (n=114)		5.001 a 10.000 hab (n=117)		10.001 a 20.000 hab (n=155)		20.001 a 50.000 hab (n=221)		50.001 a 100.000 hab (n=136)		100.001 a 500.000 hab (n=173)		Acima de 500.000 hab (n=59)	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
	Corredores adaptados para cadeira de rodas	89	78,1%	76	65,0%	98	63,2%	116	52,5%	60	44,1%	70	40,5%	18
Entradas e portas internas adaptadas para cadeiras de rodas	74	64,9%	65	55,6%	91	58,7%	98	44,3%	56	41,2%	73	42,2%	15	25,4%
Banheiros adaptados para pessoas com deficiência	61	53,5%	41	35,0%	60	38,7%	77	34,8%	54	39,7%	53	30,6%	13	22,0%

Fonte: Dados da pesquisa nacional de avaliação externa – PMAQ-AB/MS, Ciclo 2, 2014.

As rampas devem ser instaladas onde as superfícies de piso possuem declividade igual ou superior a 5 %. Além disso, as rampas devem ter a inclinação adequada que não exija grandes esforços à pessoa com deficiência, bem como apresentar uma largura mínima de 1,5 metros, sendo o mínimo de 1,2 metros; deve ter corrimão de duas alturas em cada lado. A norma aceita uma largura mínima de 0,9 metros em segmentos de no máximo 4,0 metros de comprimento, nas edificações já existentes que seja impraticável as adaptações necessárias (ABNT, 2015).

Estudos realizados por Pagliuca, Aragão, Almeida (2007) e Almeida *et al.* (2006) no Ceará, mostraram que 75% e 100%, respectivamente, das dependências dos hospitais pesquisados possuíam rampa de acesso para pessoa com deficiência física. O que difere dos resultados encontrados neste estudo e demonstra que a APS é ainda mais inacessível comparado com outras unidades hospitalares. E,

conforme já referido, a APS sendo o primeiro contato do usuário dos serviços de saúde deveria ser mais acessível.

No estudo de França *et al.* (2010) realizado na Paraíba e Vasconcelos *et al.* (2006) no Ceará foi encontrado aproximadamente 60% de rampas de acesso nas instalações estudadas. Realidade essa que aproxima da encontrada nas unidades de saúde dos municípios com até 5.000 habitantes no estado de Goiás, neste estudo. Entretanto, menos de 50% das demais unidades possuem rampas de acesso em suas entradas. Outra realidade encontrada foi no estudo de Siqueira *et al.* (2009) em que verificaram que 63% das unidades básicas de saúde não possuíam rampas de acesso e entre aquelas que possuíam 72,8% não tinham corrimão.

No Inquérito de Saúde e Condições de Vida no município de São Paulo (ISA - Capital) realizado em 2003, aproximadamente 10% dos indivíduos com deficiência referiu que um dos fatores que dificultava o uso dos serviços de saúde foi a ausência de rampas (CASTRO *et al.*, 2011).

Percebe-se que o primeiro contato da pessoa com deficiência é dificultado logo na entrada das unidades de saúde da APS. E para que se torna oportuno e adequado o acesso e uso dos serviços de saúde é preciso que as condições arquitetônicas estejam adequadas e conforme recomendadas pela legislação vigente, permitindo que tais pessoas possam subir e descer as rampas sem esforços e com segurança (ALMEIDA *et al.*, 2006; VASCONCELOS *et al.*, 2006; PAGLIUCA, ARAGÃO, ALMEIDA, 2007; FRANÇA *et al.*, 2010).

Em relação aos corrimãos foi observado neste estudo que menos de 10% das unidades de saúde apresentaram esse elemento em suas instalações. Segundo a NBR 9050 os corrimãos devem estar presentes em rampas e escadas a 0,92 e 0,70 metros do piso, respectivamente. Adicionalmente, os corrimãos devem ser contínuos e com extremidades encurvadas, fixadas e justapostas ao piso ou parede; bem como, devem ser circular com diâmetro entre 30 mm e 45 mm ou elíptico diâmetro maior de 45 mm e menor de 30 mm (ABNT, 2015).

Os corredores devem apresentar larguras mínimas de: 0,9 metros para corredores de uso comum com extensão até 4 metros; 1,2 metros para corredores de uso comum com extensão até 10 metros; 1,5 metros para corredores com extensão superior a 10 metros; e maior que 1,5 metros para grandes fluxos de pessoas. E, naquelas edificações já existentes e que não é possível a adequação, a

largura mínima do corredor deve ser de 0,9 metros e deverá apresentar bolsões de retorno que permitem a manobra de 180° de uma cadeira de rodas (ABNT, 2015).

Quanto às portas as mesmas devem ter um vão livre, de no mínimo 0,8 metro de largura e 2,10 metros de altura. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,8 metros, e no caso de portas de correr e sanfonada também deve obedecer o vão livre de 0,8 metros. Além disso, as portas devem oferecer condições de serem abertas com movimento único e as maçanetas do tipo alavanca instaladas entre 0,8 e 1,1 metros (ABNT, 2015).

No Inquérito realizado no município de São Paulo (ISA - Capital) em 2003, os indivíduos com deficiência referiram a dificuldade entrar em algumas salas da unidade, inferindo que as portas não permitem a passagem de cadeira de rodas (CASTRO *et al.*, 2011).

Estudo realizado por Pagliuca *et al.* (2007) identificou todas as portas com largura livre de 0,8 metros nas áreas de circulação em hospitais estudados. O que difere do encontrado nessa pesquisa na APS no estado de Goiás. Entretanto no estudo de França *et al.* (2010), que também estuda APS, encontraram 30% de portas de entrada com largura inferior a 80 cm. Diante disso, infere-se que a rede de alta complexidade tende a ter maiores condições de acessibilidade que a APS.

Outra variável que foi avaliada foi a presença de tapetes na entrada da unidade, sendo que cerca de 30% das unidades entre os municípios com até 20.000 habitantes tinham tapetes e menos de 15% entre os municípios acima de 20.001 habitantes. No entanto, não há recomendações de uso de tapetes pela NBR 9050, a não ser em devidas condições descritas a seguir.

O uso de tapetes, capachos, carpetes ou similares devem ser evitados em rotas acessíveis, mas quando existentes devem ser firmemente aderidos ao piso, embutidos e nivelados para que não ultrapassem 5 milímetros de desnível (ABNT, 2015). Neste estudo, não foi possível avaliar se as unidades que apresentavam tapetes em suas entradas atendiam a essas especificações.

Em relação aos banheiros adaptados para pessoas com deficiência percebe-se que no Ciclo 1 do PMAQ-AB, em 2012, a porcentagem de unidades de saúde que os possuíam era menos de 20% (Tabela 1). Entretanto, no Ciclo 2 do PMAQ-AB, em 2014, foi identificada uma melhora, principalmente nos municípios de até 5.000 habitantes que chegaram a 50% de unidades de saúde com banheiros acessíveis. Os demais municípios tiveram um percentual entre 22% e 40% de banheiros

acessíveis (Tabela 2, pág. 62). Logo, percebe-se que quanto mais populoso é o município, menos acessibilidade disponível nas unidades de saúde, o que contradiz com a realidade, já que com maior número de pessoas de um município acredita-se que a demanda e procura pelos serviços também sejam maiores.

Entretanto, deve-se levar em conta o fato de que muitas unidades de saúde da Atenção Primária no Estado de Goiás são alugadas ou cedidas à gestão municipal, podendo sofrer poucas adaptações e alterações em suas estruturas. Além disso, em municípios com menor número de habitantes, há menor quantitativo de unidades de saúde e, conseqüentemente, a gestão tem a chance de ser realizada mais próxima, levando em consideração as características sócio demográficas, culturais e econômicas da população.

Diante desse resultado, percebe-se um pequeno avanço entre um ciclo e outro do PMAQ-AB, entretanto tem muito a ser feito para se adequarem à legislação e, mais do que isso, oferecer atenção à saúde de forma humanizada, atendendo as necessidades das pessoas com deficiência. Pois, se uma unidade de saúde não possui um banheiro em que a pessoa com deficiência possa usufruir, de maneira segura e adequada, ela está impedindo atender as necessidades humanas básicas supridas. Para Maslow (1943), em sua teoria da motivação, a excreção está inserida nas necessidades fisiológicas e é considerada um dos componentes da base de uma pirâmide, portanto uma das necessidades que devem ser primariamente e integralmente atendida para terem as demais supridas.

No tocante à legislação, os banheiros devem estar localizados em rotas acessíveis e a distância máxima a ser percorrida até ele deve ser de 50 metros. As edificações já existentes deve conter uma instalação acessível, onde houver sanitários; aquelas a serem ampliadas, reformadas ou construídas deve conter 5% de sanitários acessíveis do total de cada peça sanitária instalada (ABNT, 2015).

Adicionalmente, devem conter as dimensões para acessibilidade que permita uma circulação, inclusive de cadeira de rodas com o giro de 360°; área necessária pra transferência lateral, perpendicular e diagonal para o assento sanitário. O lavatório deve ser sem coluna ou com coluna suspensa a uma altura de no máximo 0,8 metros e sua área não pode interferir na área de transferência. As portas quando verticais devem abrir para o lado externo do banheiro ou boxe com um puxador na horizontal. Já os pisos devem ser antiderrapantes, não apresentar desníveis e quando tiver grelhas e ralos devem ser posicionados fora das áreas de

manobra e transferência (ABNT, 2015).

Outros estudos que avaliaram a acessibilidade de unidades de saúde observaram 50% de sanitários acessíveis para pessoas com deficiência física, sendo que 25% estavam próximos à circulação principal (ARAGÃO *et al.*, 2008). Já França *et al.* (2010) identificaram 35% de sanitários com espaço físico para manobras em linha reta e rotação de 90 e 180 graus no interior dessas dependências. Assim como Vasconcelos *et al.* (2006) identificaram 25% de sanitários e vestiários adequados para deficientes; e Castro *et al.* (2011), aponta que os indivíduos com deficiência relataram ausência ou inadequação de sanitários destinados às pessoas com deficiência. Tais resultados corroboram ainda mais para demonstrar a inadequação quanto à legislação e pouca acessibilidade nas unidades básicas de saúde estudadas.

Outros elementos avaliados foram os bebedouros adaptados os quais estavam presentes em menos de 10% das unidades de saúde estudadas (Tabela 1). Mais uma vez aponta o impedimento da pessoa com deficiência, que utiliza os serviços, de não suprir sua necessidade humana básica de hidratação que também encontra-se na base da pirâmide, segundo Maslow (1954), e deve ser atendida primariamente, pois faz parte da necessidade fisiológica.

Além disso, o não fornecimento de bebedouros adaptados vão contra o estabelecido pela NBR 9050 que estabelece que todos os elementos do mobiliário da edificação, incluindo os bebedouros, devem ser acessíveis. Os bebedouros em bica devem ser do tipo jato inclinado e estar localizado na sua parte frontal e permitir a utilização de copos, além de estarem localizados em duas alturas distintas de 0,9 metros e entre 1 metro e 1,1 metros em relação ao piso. Já os bebedouros de garrafão e outros modelos devem ter seu acionamento e alcance da água a uma altura entre 0,8 metros e 1,2 metros em relação ao piso e permitir aproximação da pessoa em cadeira de rodas (ABNT, 2015).

Neste estudo foi avaliado ainda se na recepção da unidade, onde o usuário aguarda atendimento, possuía espaço para acomodação de cadeira de rodas e entre 25% e 40% das unidades de saúde investigadas haviam esse espaço (Tabela 1). Entretanto, a ausência desse espaço em mais de 50% das unidades denota que elas não são acessíveis às pessoas com deficiência, fazendo com que estas disputem espaços, que lhe é garantido por lei, com as demais pessoas.

Esses espaços para pessoa em cadeira de rodas e até os assentos para

peças com mobilidade reduzida são garantidos pela NBR/ABNT 9050, que estabelece espaço para cadeira de rodas com dimensões mínimas de 0,8 metros por 1,2 metros, deslocado 30 centímetros em relação ao encosto da cadeira ao lado e ter no mínimo um assento companheiro (ABNT, 2015).

Um estudo realizado por Castro *et al.* (2011) no município de São Paulo em 2003, também evidenciou que os indivíduos com deficiência indicaram a inexistência de lugares para todos os usuários esperarem o atendimento, o que leva alguns esperarem sentados no chão da unidade de saúde.

A disponibilidade de outro elemento importante é da cadeira de rodas nas unidades de saúde da APS para que os pacientes com deficiência física ou aqueles que possui alguma mobilidade reduzida possam transitar na unidade. Os resultados vão ao encontro daqueles encontrados até aqui, sendo que menos de 35% das unidades de saúde pesquisadas no primeiro ciclo do PMAQ-AB possuíam cadeira de rodas disponíveis, à exceção dos municípios com até 5.000 habitantes que apresentaram mais de 50% de presença de cadeira de rodas. Já no segundo ciclo do PMAQ-AB houve uma melhora significativa nos percentuais dos municípios com até 50.000 habitantes com mais de 50% das unidades com cadeiras de rodas disponíveis, entretanto nos municípios acima de 50.001 habitantes não ultrapassou 32% de unidades com cadeira de rodas disponíveis (Gráfico 1).

A presença de cadeiras de rodas nas unidades de saúde da APS tem seu papel importante na acessibilidade, pois muitos pacientes não as possuem em casa ou porque ainda não conseguiram adquirir a sua própria cadeira ou porque está apenas temporariamente impossibilitado de exercer a função motora. Entretanto, a obrigatoriedade da disponibilidade de cadeira de rodas encontra-se na legislação vigente apenas para os centros comerciais e os estabelecimentos congêneres que possui grande circulação de pessoas e devem fornecer carros e cadeiras de rodas, motorizados ou não (BRASIL, 2015).

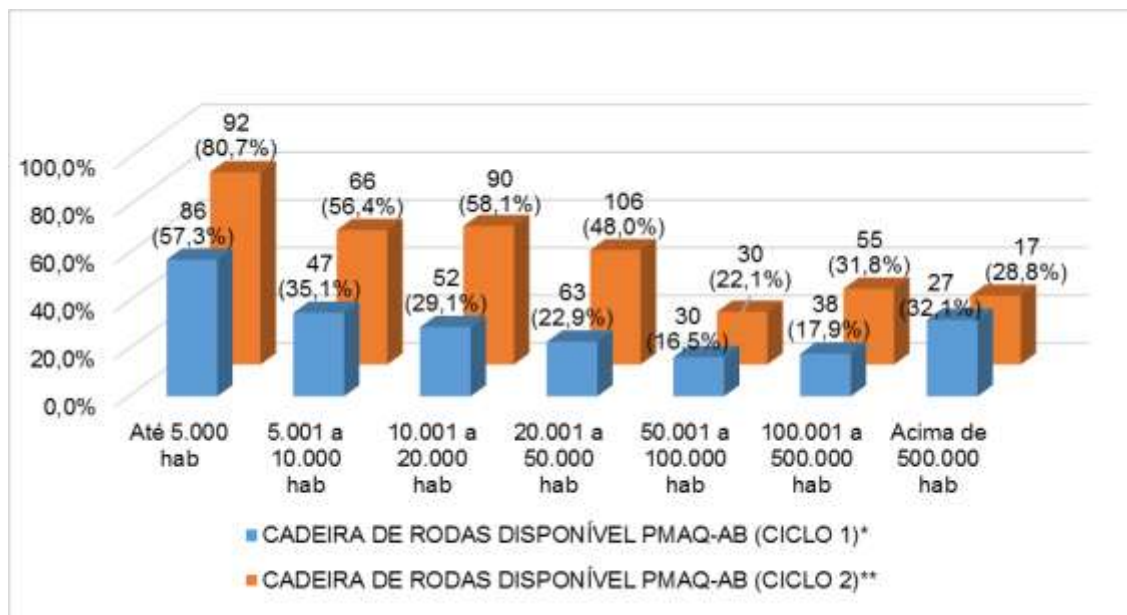


Gráfico 1. Disponibilidade de cadeira de rodas em unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, 2012 e 2014

Fonte: Dados da pesquisa nacional de avaliação externa PMAQ-AB – Ciclo 1* (2012); e PMAQ/MS – Ciclo 2** (2014).

Pesquisas realizadas para avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência identificaram a indisponibilidade de cadeiras de rodas para atender os usuários em quase 80% das unidades de saúde investigadas (SIQUEIRA *et al.*, 2009). O estudo qualitativo de Castro *et al.* (2011) também demonstrou que os indivíduos com deficiência que foram entrevistados no município de São Paulo revelaram que as unidades de saúde não possuem cadeiras de rodas suficientes para aqueles que necessitam, levando à dependência da pessoa com deficiência em ser carregada nos braços de um acompanhante.

Esses estudos, unidos aos resultados encontrados nesta pesquisa demonstram que a pessoa com deficiência não pode exercer seu direito de ir e vir de forma autônoma e segura, causando-lhe dependência de um terceiro para o transportar ou guiar. Além disso, fere o princípio da universalidade e integralidade que regem o SUS e sua assistência à saúde.

Diante de todos os resultados da estrutura física das unidades de saúde da APS no estado de Goiás percebe-se que tem muito a ser feito pela gestão das unidades, mas, principalmente, pela gestão que conduz políticas, recursos e serviços voltados pra pessoa com deficiência.

Um desses recursos é o programa Requalifica SUS do Ministério da Saúde direcionados para as UBS que propõe ações para fortalecimento e estruturação da APS. Dentre as ações desse programa está a melhoria da estrutura física das unidades, com o objetivo de incentivar a mudança de práticas entre as equipes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Porém, alguns municípios que investiram em reformas e melhorias nas suas unidades de saúde, mas não mudaram o processo de trabalho e a maneira se conduzir a assistência à saúde prestada aos usuários, não obtiveram resultados significativos na produção de saúde (PIMENTA, 2006).

Por isso, é necessário que as unidades de saúde e os profissionais de saúde estejam preparados e instrumentalizados para prestar a assistência adequada e acessível às pessoas com deficiência. Caso contrário, a pessoas com deficiência poderá encontrar barreiras para exercer sua cidadania e direito à saúde, além de continuarem excluídas dos sistemas públicos (NONATO, 2011).

Portanto, a acessibilidade permite que as pessoas com deficiência tenham condições de se movimentarem e deslocarem em um determinado espaço, permitindo assim, a autonomia e segurança dessa pessoa dentro de uma realidade social inclusiva (NONATO, 2011).

Dessa forma, fica evidenciada que a escassez de acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da APS no estado de Goiás é uma barreira arquitetônica que essas pessoas encontram para exercerem sua autonomia, direito à saúde de forma universal, integral, humanizada e com equidade. E, além da estrutura física acessível, é necessário que os serviços de saúde da APS estejam organizados para receber, acolher e atender as demandas dessa população a fim de inseri-la na sociedade dentro do contexto social, cultural, econômico e familiar, de forma efetiva e eficaz.

5.2 Organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência física nas unidades da Atenção Primária no estado de Goiás

Os resultados aqui apresentados correspondem às variáveis relacionadas ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde nos dois ciclos do PMAQ-AB no estado de Goiás. Os entrevistados foram profissionais de nível superior que tinham o

maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e foram indicados pela mesma. Portanto, fizeram parte deste estudo 677 profissionais no Ciclo 1, sendo 629 (92,9%) eram enfermeiros, 39 (5,8%) médicos e 9 (1,3%) cirurgiões dentistas. Já no Ciclo 2 participaram 1180 profissionais, sendo 1097 (93%) enfermeiros, 73 (6,2%) médicos e 10 (0,8%) outros profissionais de nível superior não especificados.

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de saúde da APS seja multiprofissional e que na composição mínima tenha médico e enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podendo, ainda, acrescentar à equipe profissionais da saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a)

Em relação ao número de médico que compunha as equipes de saúde no Ciclo1 deste estudo, em média 80% possuíam um médico, 5% não contava com esse profissional e 14,5% possuíam entre dois e seis médicos em suas equipes. Já no Ciclo 2, em média 68% das equipes disseram ter um médico, 1,5% não contava com nenhum, mas houve um aumento na quantidade de médicos por equipe, passando para 30% delas com dois a seis médicos.

Quanto aos enfermeiros no Ciclo 1, em média 81% das equipes relataram ter pelo menos um, 13% possuíam de dois a seis enfermeiros e 4,5% não contavam com esse profissional em suas equipes. No Ciclo 2 houve uma melhora na quantidade de enfermeiros nas equipes, sendo que em média 72% relataram a presença de um profissional em suas equipes, 26,8% disseram ter entre dois e seis, e apenas 0,4% não contavam com enfermeiros em suas equipes.

O profissional médico na APS possui atribuições como prestar assistência à saúde aos usuários de sua área; promover consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupos, visita domiciliar e programações em espaços comunitários, quando necessário e conforme agenda ou demandas espontâneas; realizar encaminhamentos dos pacientes a unidades de referência, obedecendo o fluxo da Rede de Atenção à Saúde, mas sempre mantendo o vínculo com o usuário para o acompanhamento devido; e participar de ações de gestão como promover educação permanente com a equipe e provisão e previsão de insumos necessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Estudo realizado entre usuários com deficiência em UBS retratou que 40,2% dessa população procura por consulta médica, 13,6% busca renovação de receita

médica e 12,9% solicitam laudos médicos (RODRIGUES, AOKI, OLIVER, 2015). Esse fato denota que a assistência à saúde ainda está voltada para a assistência médica, pois o usuário procura os serviços quando precisam de uma ação curativa ou assistencial, mostrando a figura do médico como central nesse modelo que ainda persiste.

Diante disso, percebe-se que o médico tem papel importante para o usuário com deficiência, pois algumas ações como prescrição de alguns medicamentos, encaminhamentos para unidades especializadas, laudos médicos descrevendo o diagnóstico da alteração e situação de saúde são atribuições do médico na APS. A referência para unidades especializadas faz-se necessária, pois muitas vezes as UBS não possuem especialistas que a pessoa com deficiência necessita. Ao mesmo tempo que os laudos médicos são muito utilizados pelas pessoas com deficiência que queiram receber benefícios ou aposentadoria pelo governo, pois são exigidos pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social – MTPS (2016).

Referente às atribuições do enfermeiro na APS, ressaltamos a realização da atenção à saúde, de maneira agendada ou demanda espontânea, aos indivíduos, família e comunidade que estão adstritos à sua equipe. Ainda são importantes atribuições a realização de consultas de enfermagem e atividades em grupos que abordem a promoção da saúde e prevenção de agravos em todos os ciclos vitais (infância, adolescência, fase adulta e idoso); planejamento, implementação e avaliação de ações desenvolvidas pelos ACS e demais membros de sua equipe; promover educação permanente e gerenciar, junto à equipe, os insumos necessários para o funcionamento da UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a)

Mesmo diante dessas atribuições, percebe-se que a procura pelo atendimento e ações programadas de enfermagem voltadas para as pessoas com deficiência ainda são poucas. Conforme estudo realizado por Rodrigues, Aoki, Olive (2015) entre usuários com deficiência em UBS, identificou-se que apenas 6,4% deles procuram a consulta de enfermagem e 5% buscavam a aferição de pressão arterial.

Acredita-se que o enfermeiro é o profissional com maior proximidade da pessoa com deficiência, bem como da família e rede social dessas pessoas. Assim, possuem maior oportunidade de realizar uma anamnese mais realística a fim de planejar e implementar ações mais eficazes (FERREIRA, 2015). Outros autores também concordam que o cuidado da enfermagem para pessoas com deficiência

física está presente desde Florence Nightingale, em 1859, a qual se dedicava aos cuidados com as pessoas lesionadas na guerra (ANDRADE *et al.*, 2010).

Entretanto, a assistência do enfermeiro para as pessoas com deficiência ainda mostra fragilidade em sua formação na graduação, bem como na educação continuada em seu serviço e, segundo Santos (2008), os estudos, políticas e ensino deverão ser inseridos nas agendas dos gestores brasileiros na próxima década pelo aumento dessa população.

Para isso, propõem a inserção na matriz curricular dos cursos de enfermagem disciplinas voltadas para o cuidado às pessoas com deficiência, bem como estágios em instituições que prestam assistência à essa população, o que fortalece o profissional de enfermagem na autonomia e tomada de decisão frente às questões trazidas por esses usuários do sistema de saúde (ALVES, PIRES, SERVO, 2013; FRANÇA, PAGLIUCA, 2009).

Adicionalmente, ainda é preciso caminhar muito em direção à organização dos serviços de saúde necessária para o atendimento integral às pessoas com deficiência. Nesse sentido, o enfermeiro tem um papel imprescindível no processo de planejamento, implementação e avaliação de ações voltadas para essa população, por meio de educação em saúde para estimular e empoderar o autocuidado e autonomia, bem como o pensamento crítico para contribuir na inclusão social (FRANÇA, PAGLIUCA, BAPTISTA, 2008)

Além disso, percebe-se que o enfermeiro está presente à frente de muitas equipes, assumindo papéis essenciais na gestão e organização dos serviços (BARRÊTO *et al.*, 2010; WEIRICH *et al.*, 2008). Especialmente neste estudo, 93% dos entrevistados eram enfermeiros, sendo apontados pelas equipes como aqueles que mais conheciam do processo e organização do trabalho.

Em relação ao número de Cirurgião Dentista (CD) nas equipes durante o Ciclo 1, média de 25% não contavam com esse profissional, 61% possuíam um CD e 12% tinham entre dois e seis CD em suas equipes. Enquanto que no Ciclo 2 a média das equipes que não tinham nenhum CD foi de 21,7%, entre aquelas que possuíam apenas um desses profissionais a média foi de 61,5% e a média das equipes com dois a seis CD foi de 16,8%.

Diante o exposto, percebe-se que não houve uma grande diferença entre os profissionais CD, inferindo que as equipes de saúde bucal não são priorizadas pelos

gestores já que não fazem parte dos componentes obrigatórios e mínimos para constituição da equipe de APS.

Porém, o profissional cirurgião dentista possui atribuições importantes na equipe de saúde na APS como a de traçar o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência para planejar e implementar ações em saúde bucal que abordem a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação; prestar assistência (agendada ou de demanda espontânea) à saúde bucal do indivíduo, família e comunidade; realizar os procedimentos clínicos, incluindo as urgências, procedimentos cirúrgicos simplificados, e instalação de próteses dentárias; promover ações de educação permanente e integrar as ações de saúde bucal com as demais de forma multidisciplinar; e, também, contribuir no processo de gerenciamento de insumos da UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Diante dessas atribuições, é perceptível o papel do cirurgião dentista para contribuir com a atenção integral à pessoa com deficiência. A abordagem desse profissional desde a infância nas pessoas com deficiência reflete em um estímulo precoce para determinar uma melhor higiene bucal, além de envolver familiares no cuidado, quando necessário (MORETTO, AGUIAR, ALVES-REZENDE, 2014).

Essa importância da assistência prestada à pessoa com deficiência pelo cirurgião dentista é evidenciada na pesquisa realizada por Rodrigues, Aoki e Oliver (2015) onde 67% dessas pessoas referiram problemas odontológicos como ausência de dentes e problemas gengivais, e 48% referiram estar em acompanhamento com o profissional dentista. Esse fato além de interferir na alimentação do indivíduo e na dor (RODRIGUES, AOKI, OLIVER, 2015), pode causar distúrbio da imagem pessoal e baixa autoestima do indivíduo que, muitas vezes, já se sente diferente perante uma sociedade excludente.

Em relação a esses profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião dentista) foi possível observar que quanto maior o número de habitantes dos municípios, maior o número desses profissionais em suas equipes. Esse resultado é factível, pois o número de profissionais e equipes deve ser proporcional ao número de habitantes. A recomendação do MS é que cada equipe seja responsável por no máximo 4.000 pessoas com uma média de 3.000, respeitando os critérios de vulnerabilidade e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Outros profissionais que fazem parte da organização dos serviços nas UBS da APS são os Técnicos de Enfermagem (TE) e os Auxiliares de Enfermagem (AE).

No Ciclo1, 86,4% das equipes de saúde possuíam TE e 27,4% contavam com AE. Já no Ciclo 2, houve um aumento considerável no número de TE com 92,5% da sua presença nas equipes, enquanto que o número de AE diminuiu com 23,7%.

Esse aumento de TE contribui para o fortalecimento da equipe da APS pois suas atribuições na APS e envolvem a participação de atividades de assistência à saúde agendada e demanda espontânea na UBS, domicílio e outros espaços comunitários; participar nas ações de educação em saúde e permanente em cooperação com a equipe; e contribuir na previsão e provisão de insumos para equipe e UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Quanto aos agentes comunitários de saúde (ACS) no Ciclo 1, 38% das equipes possuíam entre dois a seis desses profissionais, 31% possuíam entre sete e dez ACS e 12% não possuíam nenhum ACS em suas equipes. No Ciclo 2, apenas 1% não possuíam ACS em suas equipes, 38,6% referiram ter de dois a seis, 39,4% contavam entre sete a dez, e 20,1% tinham mais de dez ACS em suas equipes.

Percebe-se que no Ciclo 2 houve uma melhora substancial na quantidade desses profissionais nas equipes de APS, atingindo quase sua totalidade com a presença deles. Isso se deve ao papel importante e articulador que o ACS desenvolve em sua equipe que vai desde o cadastramento das pessoas que estão sob a sua área de abrangência, mantendo-os atualizados; orientar as famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis; realizar a visita domiciliar para acompanhar as famílias e suas demandas, levando em consideração os riscos e vulnerabilidade de cada indivíduo; desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como de vigilância em saúde; até a realização de acompanhamento de programas de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades, implantados pelo governo de qualquer esfera (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Diante disso, percebe-se que o ACS é um elo entre a equipe e comunidade, o que o torna um protagonista na busca ativa das pessoas com deficiência, cadastrando-as e levando esses dados às equipes para que façam o reconhecimento das vulnerabilidades e riscos dessa população para um posterior planejamento das ações. Adicionalmente, o ACS tem o papel de apresentar os equipamentos sociais, inclusive os serviços de saúde, às pessoas com deficiência. (MAIA, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2014).

Para que esses profissionais, em conjunto, estabeleçam a organização dos serviços de saúde prestados à população adstrita à área de abrangência de suas equipes é necessário que seja feita essa definição da área de abrangência. Nas equipes de saúde investigadas na APS no estado de Goiás, verificou-se que no Ciclo 1 do PMAQ-AB, 94,5% dos entrevistados referiram que suas equipes realizavam definição da área de abrangência. Em concordância, no Ciclo 2 as equipes que possuíam a definição de suas áreas somavam 95,8%.

Em relação às equipes que referiram ter a definição da área de abrangência, 86,4% disseram ter mapas com desenhos com essa divisão no Ciclo 1 e 85,1% no Ciclo 2.

É recomendado que as equipes de saúde trabalhem com a definição de área de abrangência, levando em consideração a média de 3.000 pessoas por equipe, mas também o grau de vulnerabilidade e de risco das famílias naquele território. Sendo que o grau de vulnerabilidade e a quantidade de pessoas por equipe são inversamente proporcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Portanto, o processo de definição da área de atuação das equipes deve identificar as características sociais, econômicas, culturais, epidemiológicas daquela determinada população para que se possa realizar planejamento dos serviços de forma mais adequada, coerente e atingível ao indivíduo, família e comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; PIMENTEL *et al.*, 2012). Essa ferramenta de definir o território de atuação para o planejamento das atividades desenvolvidas pela equipe já é absorvida por muitos profissionais da APS (OLIVEIRA, 2012). Entretanto, ainda é um processo impreciso ou confuso o qual, muitas vezes, é feito de maneira arbitrária, mas é a principal fonte de dados pra análises sócio demográficas e de saúde de uma determinada população (Goldstein *et al.*, 2013).

Percebe-se que para incluir as pessoas com deficiência na organização dos serviços de saúde da APS e produzir uma assistência integral e inclusiva a elas, é imperativo que se tenha um mapeamento das áreas em que se encontram essas pessoas, bem como os equipamentos sociais e de saúde que podem ser utilizados por eles.

Ao ser investigado se as equipes de saúde da APS no estado de Goiás realizavam registro do número de casos de usuários com deficiência, 601 (50,9%) delas disseram que sim, enquanto que (431) 36,5% negaram realizar esse tipo de registro (Gráfico 2).

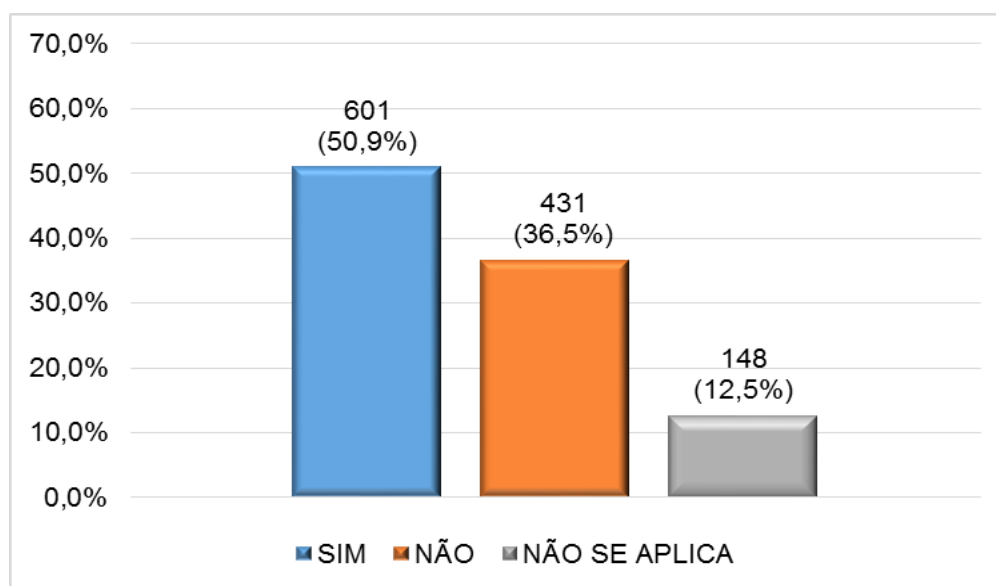


Gráfico 2. Realização de registro do número de casos de usuários com deficiência pelas equipes de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, Goiás, 2014

Fonte: Dados da pesquisa nacional de avaliação externa – PMAQ/MS, Ciclo 2, 2014.

Dessa forma, verifica-se que apesar de ter uma ótima adesão à definição de área de abrangência, as equipes não dão a devida importância na definição da mesma de acordo com os riscos, vulnerabilidade e equidade conforme recomendado. Ao passo que, aproximadamente, metade das equipes possuem registro do número de casos de deficiência, percebe-se que novamente essa população é pouco levada em consideração na organização dos serviços e planejamento das ações.

Em consonância com este estudo, uma pesquisa realizada com equipes de saúde da APS no Espírito Santo apresenta que 42,5% de suas equipes realizam diagnóstico de saúde da população e 36,1% possuem registros de diversos aspectos da população adstrita, como sócio econômicos, culturais, epidemiológicos, culturais e outros. Além disso, 55,8% das equipes utilizam mapas com a área de abrangência (SARTI et al., 2012), em contrapartida neste estudo demonstra que mais de 80% das equipes no estado de Goiás os possuem.

Diante disso, realizar a identificação, cadastramento e acompanhamento da pessoa com deficiência é mandatório para formulação, implementação e concretização de políticas públicas, principalmente aquelas voltadas para saúde e

inclusão nesta (BRASIL, 2013). Conjuntamente, é necessário que os serviços de saúde se organizem para a educação permanente a fim de instrumentalizar os profissionais envolvidos com competências, habilidades e atitudes para prestar uma assistência oportuna àquelas pessoas com deficiência (MAIA, PAGLIUCA, ALMEIDA, 2014).

Em relação a esses registros do número de casos de usuários com deficiência (Gráfico 2), cerca de 40% das equipes tinham documentos que comprovavam a informação relatada. Esse resultado denota que a equipe pode até ter conhecimento do número de casos de pessoas com deficiência e desenvolver algumas ações para elas, entretanto sem os devidos registros compromete o planejamento, acompanhamento e avaliação dessas ações, podendo levar a uma assistência fragilizada.

Além disso, foi indagado às equipes, que responderam ter o registro do número de casos de usuários com deficiência, se elas possuíam registro de quais desses usuários necessitavam de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção. Aproximadamente, 37% das equipes responderam que sim, enquanto que 47% não realizavam esse registro. Entretanto, apenas cerca de 27% apresentaram documentos que comprovaram o registro.

Dentre os registros de usuários que necessitam de órteses, próteses e ou meio de locomoção pelas equipes de saúde da APS, 268 (22,7%) delas referiram ter registros daqueles que necessitam de aparelho auditivo, 412 (34,9%) das equipes disseram ter registros daqueles que necessitam de cadeiras de rodas e, aproximadamente, 27% registraram a necessidade do uso de próteses ou órteses em membros superiores ou inferiores (Gráfico 3).

As equipes que realizam esses registros no que tange os usuários com deficiência, adicionando a definição da área de abrangência e rastreamento de condições socioeconômicas, culturais, ambientais, equipamentos sociais disponíveis e rede de atenção à saúde bem delimitada estão potencialmente instrumentalizadas para prestar uma assistência integral, humanizada e inclusiva à essa população.

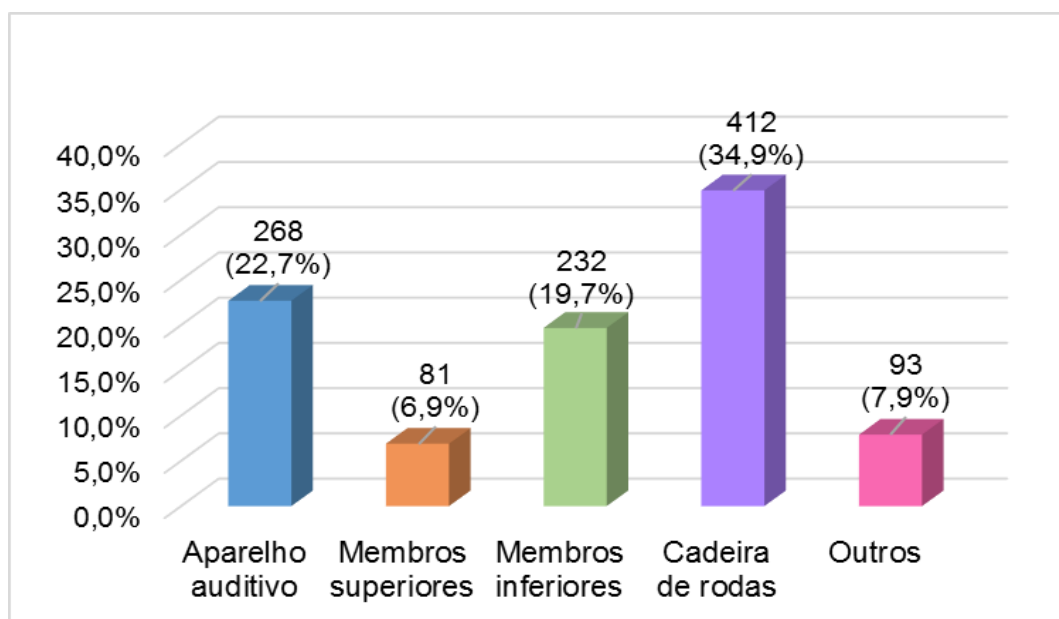


Gráfico 3. Registro de usuários que necessitam de órtese, prótese ou meio de locomoção, pelas equipes de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, por porte populacional dos municípios, Goiás, 2014

Fonte: Dados da pesquisa nacional de avaliação externa – PMAQ/MS, Ciclo 2, 2014.

Entretanto, o resultado apresentado demonstra que ainda existem fragilidades na utilização dessas ferramentas de organização dos serviços de saúde, principalmente voltados para as pessoas com deficiência. Para Rodrigues, Aoki e Oliver (2015) a falta de registros ou informações incompletas compromete o conhecimento das condições de vida e seus determinantes das pessoas adstritas à equipe da APS. E, esse fato, ecoa no estabelecimento de serviços de saúde descontextualizados (RODRIGUES, AOKI, OLIVER, 2015).

A assistência à saúde pensada em rede e a organização dos serviços contextualizadas nas necessidades e realidade da pessoa com deficiência está cada vez mais evidente. Desse modo, a proposta é promover um cuidado para essas pessoas de forma singular, pautado na equidade e integralidade (CAMPOS, SOUZA, MENDES, 2015).

Nesse sentido os serviços de saúde devem estar organizados conforme traçado pela rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, regulamentada pela portaria 793/212 do MS, onde propõe-se que ações sejam realizadas de forma conjunta entre os componentes da RAS como a “Atenção Básica, Atenção

Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência”. Além disso, essa rede de cuidados prevê que esses componentes estejam articulados de forma a garantir acesso em todos os serviços, integralidade e equidade do cuidado (CAMPOS, SOUZA, MENDES, 2015).

Contudo, esses princípios da integralidade, equidade e universalidade no cuidado à pessoa com deficiência vão além de estruturar os serviços, permeiam relações sociais, quebras de paradigmas e preconceitos que ainda estão presentes na sociedade. Por conseguinte, para que essa seja uma realidade é necessário o enfrentamento desse desafio com diversos atores da sociedade entre os quais a saúde deve contribuir de forma substancial (CAMPOS, SOUZA, MENDES, 2015).

Nesse sentido, acredita-se no papel imprescindível da APS de enfrentar esses desafios e apresentar soluções viáveis, pois as equipes desse nível de atenção à saúde possuem uma relação mais próxima com indivíduo, família e comunidade. Adicionalmente, podem e devem estabelecer vínculos, estreitar limites entre ações técnicas e não técnicas, evidenciar semelhanças e diferenças entre os sujeitos, reforçando a inclusão da pessoa com deficiência de forma efetiva e humanam (VIEIRA, FAVORETO, 2016).

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Com este estudo conclui-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos de acordo com o referencial teórico traçado, resultados apresentados e discutidos. No que tange ao objetivo de caracterizar a estrutura física quanto a acessibilidade às pessoas com deficiência física das unidades de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás é possível afirmar que as unidades de saúde não são acessíveis quanto à estrutura física.

As calçadas, piso, rampas e portas de entrada estavam em condições inacessíveis na maioria das unidades de saúde no Ciclo 1, e pouco mais acessível nos municípios com até 50.000 habitantes no Ciclo 2.

Além dessas características, a ausência de banheiros e bebedouros adaptados foi relatada na grande maioria das unidades de saúde do Ciclo 1. Enquanto que no Ciclo 2 houve uma melhora nesse resultado, mas menos da metade das unidades de saúde possuíam banheiros adaptados, à exceção daquelas no município com mais de 500.001 habitantes, onde permaneceu com a maioria das unidades sem esse elemento acessível.

Diante disso, identifica-se que o número de habitantes dos municípios e as características de infraestrutura quanto à acessibilidade são inversamente proporcionais: quanto maior o porte populacional, menor a acessibilidade das unidades de saúde. Esse fato não é plausível, pois acredita-se que quanto maior o número de pessoas que vivem em um município, maior a procura e demandas dos serviços de saúde, necessitando que os mesmos estejam instrumentalizados.

Entretanto, entende-se que a gestão compartilhada e próxima das pessoas ocorre de maneira mais facilitada nos municípios com menor número de habitantes, pois o número de unidades de saúde também é reduzido. Tal fato permite que o gestor planeje e implemente ações, políticas e estruturas mais contextualizadas. Outro fator que deve ser levado em conta é que a maioria das unidades de saúde da APS do estado de Goiás são cedidas ou alugadas o que não permite grandes modificações em suas estruturas.

Em relação ao objetivo de descrever a organização dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência física em relação ao funcionamento e atuação dos profissionais de saúde da Atenção Primária no estado de Goiás, percebe-se que os

mesmos estão pouco estruturados para prestar uma assistência integral e contextualizada a esse grupo populacional.

Apesar das equipes de saúde possuírem definição da área de abrangência, poucas delas tinham o registro do número de casos de usuários com deficiência. Dessa forma, essa ferramenta usada para contextualizar as características em que vive a pessoa com deficiência física e suas necessidades, bem como mapear equipamentos sociais que possam contribuir para promoção da saúde e prevenção de agravos, não está sendo utilizada. Esse fato fragiliza o cuidado voltado para essas pessoas, deixando de cumprir os princípios da integralidade, equidade e humanização presentes em diversas portarias ministeriais, principalmente do SUS.

Constatou-se que pesquisar a acessibilidade às pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da APS no estado de Goiás contribui para repensar as políticas que garantem inclusão dessas pessoas no planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas, bem como as ações desenvolvidas em diversos níveis da gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram constatar que as unidades de saúde da APS no estado de Goiás não possuem características estruturais acessíveis às pessoas com deficiência física e as equipes de saúde estão fragilmente organizadas para prestar assistência à essa população.

Apesar de diversas orientações presentes em manuais, portarias e normas formuladas e pensadas para as pessoas com deficiência, tais como a NBR 9050/2015, a lei 13.146/2015 e a portaria 793/2015, muitos municípios não atendem às exigências preconizadas nesses documentos.

A precariedade nas estruturas físicas que são acessíveis, bem como na organização dos serviços voltados para as pessoas com deficiência física, propicia uma assistência à saúde fragilizada, não inclusiva, não integral e não humanizada. Assim, os resultados e discussão sobre esses elementos apresentados neste estudo corroboram para evidenciar a importância deles na qualidade e resolutividade da assistência em saúde para essas pessoas.

É preciso que os gestores e profissionais de saúde se voltem para discussão da promoção dessas políticas e serviços de saúde que contextualizam as pessoas com deficiência. Em busca de se instrumentalizarem com habilidades e competências, além de investimentos financeiros para estruturação da estrutura das unidades e equipes de saúde da APS.

Esse estudo traz a fragilidade no instrumento de avaliação externa das unidades e equipes de saúde da APS, pois algumas questões essenciais para avaliar a acessibilidade às pessoas com deficiência não são abordadas, tais como as dimensões da estrutura, a melhor descrição dos serviços voltados para essas pessoas tanto no Ciclo 1 e Ciclo2 do PMAQ-AB.

Além disso, no Ciclo 2 foram retiradas diversas variáveis que abordavam a acessibilidade, fragilizando a avaliação e dificultando a avaliação da evolução de um ciclo para o outro. Diante esse fato, sugere-se que o instrumento seja repensado nas legislações vigentes que estabelecem critérios para garantir acessibilidade e organização dos serviços de saúde voltados para a pessoa com deficiência e envolvam atores como profissionais, usuários e pesquisadores dessa área na construção do processo.

Acredita-se que este é o primeiro estudo que avalia a acessibilidade voltada para as pessoas com deficiência física nas unidades de saúde da APS no estado de Goiás. Por isso, são necessários mais estudos que abordem essa população e seu acesso aos serviços de saúde a fim de fortalecer e instrumentalizar a ordenação dos serviços pela APS por meio de uma assistência individualizada, humanizada, integral e contextualizada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050:2015. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2015. 148p.
- Abrahão-Curvo P. Avaliação da Atenção Básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010. 153p.
- Aciem TM, Mazzotta MJdaS. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. Rev. bras.oftalmol [Internet]. 2013 [cited 2016 mar 21] ; 72(4): 261-267. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802013000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802013000400011>
- Almeida PC, Aragão AEA, Pagliuca LMF, Macêdo KNF. Barreiras arquitetônicas no percurso do deficiente físico aos hospitais de Sobral, Ceará. Rev Eletrôn Enferm, 2006; 8(2):205-12.
- Alves TJJ, Pires MNA, Servo MLS. Um olhar sobre a atuação do enfermeiro na atenção às pessoas com deficiência: revisão integrativa. Rev enferm UFPE, 2013; 7(esp): 4892-4898.
- Amaral FLJS *et al.*. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS Ciência & Saúde Coletiva, 2012, 17(7):1833-1840.
- Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Cianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. Rev Bras Enferm, Brasília, 2010; 63(6):1056-1060.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2016 mar 21];17(11):2865-2875. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
- Baptista RS, Vieira NFC, Ximenes LB, Pagliuca LMF. Uma análise sobre a legislação para pessoas com deficiência: estudo descritivo-exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet] 2010 [cited 2016 mar 21], 9(1): 1-9. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2762/616>.
- Barrêto AJR, Sá LD, Silva CC, Santos SR, Brandão GCG. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. Texto contexto – enferm, 2010; 19 (2): 300-308;
- Batistão GT, Chaves MD, Gomes JO. Análise de dispositivos externos de acessibilidade nos serviços municipais de saúde: uma abordagem para deficientes físicos. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 2014; 16(4): 32-38.
- Bickenbach JE. Monitoring the united nation's convention on the rights of persons with disabilities: Data and the international classification of functioning, disability and health. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 4:S8.

Bosi MIM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes, 1.ed. Petrópolis: Vozes, 2006, 376p.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde, Rev Saude Publica, 2007; 41 (1): 150-153.

Brasil AC. Promotion of health and human functionality [editorial]. Rev Bras Promoç Saúde. 2013; 26(1):1-4.

Brasil, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [internet] Diário Oficial da União, Brasília, 1988 [cited 2016 mar 21]; p.01. Available from: <https://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viwTodos/509f2321d97cd2d203256b280052245a?OpenDocument&Highlight=1,constitui%C3%A7%C3%A3o&AutoFramed>

Brasil, Casa Civil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei no 7.853/89, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Brasil, Casa Civil. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

Brasil, Casa Civil. Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e dá outras providências. [Internet] diário oficial da união, Brasília [cited 2016 mar 21]; 03 de dez de 2004, p. 5. Available from: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%205.296-2004?OpenDocument

Brasil, Casa Civil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). [Internet] Diário Oficial da União, Brasília [cited 2016 mar 21]; 07 de julho de 2015, p. 2-11. Available from: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.146-2015?OpenDocument.

Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: Conceitos e Métodos Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292p.

Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005, vol.5, suppl.1, p. 63-69.

Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [cited 2016 mar 21]; 12:1865-1873. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009.

Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 2015;19 (52): 207-210.

- Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1773-1782.
- Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):99-105
- Cipriano CDC, Monção MM. Acessibilidade ao portador de limitação física: aspectos externos e internos do ambiente hospitalar. *Estação Científica (UNIFAP)*, Macapá, 2013; 3 (1): 01-17.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Atenção primária e promoção de saúde [Internet]. Brasília, (Brasil): CONASS, 2011. [cited 2016 mar 21] Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro8.pdf.
- CONADE. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil). Portaria nº 2.344, de 3 de novembro de 2010 que altera dispositivos da Resolução nº 35, de 06 de julho de 2005, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH), Diário Oficial da União, 05 nov 2010.
- Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 705-11.
- Couto MT *et al.* Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface - Comunic., Saude, Educ [Internet]* 2010 [cited 2016 mar 21]; 14 (33): 257-70. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>
- Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc [Internet]*. 2012 [cited 2016 mar 21]; 21 suppl 1: 71-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/06.pdf>
- Diehl RM. Jogando com as diferenças: jogos para crianças e jovens com deficiência. São Paulo: Phorte, 2006.
- Donabedian A. Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1988.
- Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Publica de México*, 1990; 32:113-117.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1996. *The Milbank Memorial quarterly*, United States, v. 83, n.4, p. 691-729, 2005.
- Duarte E, Werner T. Conhecendo um pouco mais sobre as deficiências. In: *Curso de atividade física e desportiva para pessoas portadoras de deficiência: educação à distância*. Rio de Janeiro: ABT; UGF, 1995.
- Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2005 [cited 2016 mar 21]; 10 (Suppl): 303-312. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500031>.10: 303-12.
- Fange A; Iwarsson S. Accessibility and usability in housing construct validity and implications for research and practice. *Disabil. Rehabil.*, 2003, 25 (23): 1316-1325.

Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8(2): 187-93.

Fausto MCR, Casotti E, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Nogueira CO de, Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 553-563.

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife. 2004; 4(3): 317-321.

Ferguson PM. Mapping the family: disability studies and the exploration of parental response to disability. In: Albrecht G, Seelman KD, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, Sage, 2001:373–395.

Ferreira AC. História de vida de pessoas com deficiência física adquirida. [dissertation]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem, UFSC, 2015; 115p.

Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1):47-50.

Flexner A. *Medical Education in United States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching*. Merrymount Press, New York, 1940.

França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(1):112-6.

França ISX, Pagliuca, LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao sus: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev. RENE*. Fortaleza, 2008; 9 (2): 129-137.

França ISX, Pagliuca LMF. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43(1): 178-85.

França ISX de, Pagliuca LMF; Baptista RS, França EG de; Coura AS; Souza JA de. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev. Bras. Enferm*, 2010, 63 (6): 964-70.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E. E *et al*. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. HUCITEC, 2003.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, C. *Política de Saúde: O público e o privado*. Fiocruz, 1996.

Giovanella LSE, Mendonça MH. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate* 2003; 27(65): 278-89

Goiás. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. Regionais do Estado de Goiás [cited 2016 mar 21]. 2013. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=4014>.

Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(1):45-56.

Gomes KOG *et al.* Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16 Suppl 1: 881-892.

Guanaes C, Mattos ATR. Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [cited 2016 mar 21]; 20 (4):1005-1017, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400017.

Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry M. Health-related rehabilitation services: Assessing the global supply of and need for human resources. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11(1):276.

Gutenbrunner C, Meyer T, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*. 2011; 43(9):760-4.

Habicht JP *et al.* "Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact." *International Journal of Epidemiology*, 1999; 28(1): 10-18.

Handam M., Al-Akhras N. House-to-house survey of disabilities in rural communities in the north of the West Bank. *East Mediterr Health J* 2009; 15(6): 1496-1503.

Hortale VA, Moreira CF, Koifman L. Avaliação da qualidade de formação: contribuição à discussão na área de saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9 (4): 997- 1003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da Saúde no Brasil. Acesso, utilização dos serviços, fatores de risco e de proteção à saúde 2008 [Internet]. IBGE (Brasil), 2010a [cited 2016 mar 21] Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. IBGE, Rio de Janeiro, 2010b, 215p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estimativa 2013 [cited 2016 mar 21]; 2013 . Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=go>.

ISO. International Organization for Standardization. ISO 8549-1: Prosthetics and orthotics - Vocabulary - part 1: General terms for external limb prostheses and external orthoses. 1989.

Iwarsson S, Stahl A. Accessibility, usability and universal design – positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disabil. Rehabil.*, 2003, 25(2): 57-66.

Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet] 2010 [cited 2016 mar 21]; 15(1): 161-170. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>

Kopach R *et al.* Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. *Health Care Manag Sci*. 2007; 10:111-24.

Lancillotti SS. Deficiência e trabalho: rendimensionando o singular no contexto universal. Campinas: Autores associados, 2003, 111p.

Lee R. The demographic transition: three centuries of fundamental change. *The Journal of Economic Perspectives*, 2003,17:167-190.

Lima LD; Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALd'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2012, 17 (7):1903-1914.

Lima R de CD. Experiências e aprendizagem no processo da avaliação externa: encontro com a diversidade. p.21-31. In: Fausto MCR, FONSECA, HMS. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013. 320p.

Lima RT de, Silva EP da. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. *R bras ci Saúde*, 2011; 15(1):103-114.

Maia ER, Pagliuca LM, Almeida PC. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4):326-32

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet] 2006 [cited 2016 mar 21]; 60 (1):13-19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/pdf/13.pdf>.

Magnusson L. Prosthetic and Orthotic Services in Developing Countries. [Dissertation]. School of Health Sciences, Jönköping University, Sweden, 2014; 163p.

Maslow, AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50: 390-6,1943.
Mattos RAA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública* [Internet] 2004 [cited 2016 mar 21]; 20 (5):1411-1416. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. *Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora*, 2009; 12 (2): 204-2013.

Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(11): 2903-2912.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Ministério da Saúde. Brasil. Lei n. 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 1990a.

Ministério da Saúde. Brasil. Lei nº. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde, 1990b.

Ministério da Saúde. Brasil. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde; 2006a.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria Nº 399/06. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde, 2006b.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria Nº 699/06. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006c.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº 204, De 29 De Janeiro De 2007.

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. [Internet]: Diário Oficial da União, 2011, 14 de março de 2007, seção 1, p.46. [cited 2016 mar 21] Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Ministério da Saúde, Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria Executiva. Área de economia da saúde e desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: Ferramentas para a gestão do SUS. Brasília-DF, 2009. Série A: Normas e Manuais técnicos.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº 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-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB. [Internet]: Diário Oficial da União, 2011a, 20 de julho de 2011, seção 1, p.79. [cited 2016 mar 21] Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde, 2012a,110p.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ [Internet]. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde, 2012b. [cited 2016 mar 21] Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria 793, de 25 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012c. [cited 2016 mar 21] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

Ministério da Saúde. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para Equipes de Atenção Básica [Internet]. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde; 2013a. [cited 2016 mar 21] Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB_2013.pdf

Ministério da Saúde. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB. Instrumento

de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica. Brasília, (Brasil): Ministério da Saúde; 2013b.

Ministério da Saúde. Brasil. Portaria nº 1.063, de 3 de junho de 2013. Altera as regras de certificação das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). [Internet]: Diário Oficial da União, 2013c, 04 de junho de 2013, seção 1, p.49. [cited 2016 mar 21] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1063_03_06_2013.html

Ministério da Saúde. Brasil. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. [cited 2016 mar 21]. Histórico da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família. 2015a. Available from: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.

Ministério da Saúde. Brasil. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. [cited 2016 mar 21]. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/ 1º Ciclo/ 2ºCiclo/3º Ciclo. 2015b. Available from: <http://dab.saude.gov.br>

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 172p.

Ministério da Saúde. Brasil. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde: Tipo de estabelecimento. [Internet] Brasília (Brasil): Ministério da Saúde [cited 2016 mar 21]. 2016b. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm

Ministério do Trabalho e Emprego, Brasil. A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. – 2. ed. – Brasília: MTE, SIT, 2007. 100p.

Ministério do Trabalho e Previdência Social, Brasil. Serviços da previdência, aposentadorias para pessoas com deficiência. [Internet] Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho e Previdência Social [cited 2016 mar 21]. 2016. Available from: <http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/aposentadorias/por-tempo-de-contribuicao-da-pessoa-com-deficiencia>

Mishra AK, Gupta R. Disability index: a measure of deprivation among the disabled. *Economic and Political Weekly*, 2006, 41: 4026-4029.

Moretto MJ, Aguiar SMHCA de, Alves-Rezende MCR. Reflexões sobre a importância da assistência odontológica preventiva e do adequado treinamento dos Cirurgiões-Dentistas para o atendimento de pessoas com deficiência. *Arch Health Invest*, 2014; 3(3): 58-64.

Mota RRA, David HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015; 23(1):122-7.

Nonato DN. Acessibilidade arquitetônica como direito humano das pessoas com deficiência. *Orbis: Revista Científica*, 2011; 2 (2): 138-164.

Oliveira-Silva CS de *et al*. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2014 [cited 2016 mar 21]; 19

(11):4407-4415 Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>

Oliveira CP. As concepções dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família sobre o processo de trabalho no município de Esperança – PB. [monography]. Campina Grande, PB: Especialização de Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, 2012. 43p.

Oliveira SF, Albuquerque, FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2008 [cited 2016 mar 21]; 20 (2): 237-246. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios [Internet]. *The Lancet: Saúde no Brasil*; 2011 [cited 2016 mar 21]. Available from: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

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*, 2007, 411(4): 581-8.

Pereira ACC, Passerino L. Um estudo sobre o perfil dos empregados com deficiência em uma organização. *Rev.Bras.Ed.Esp.* 2012, 18 (2): 245-264.

Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática*, 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006,598p.

Pereira RL, Jeziorski LL, Facchini LA. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ. In: *Anais do 21º Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Pelotas*, p. 23-26; Pelotas (Brasil), 2012.

Pimenta AL. *Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão 2002-2005* [thesis]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2006.

Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad. Saúde Pública*, 2012; 28 Sup:146-157.

Pinto H A, Sousa A, Florêncio A R O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2016 mar 21]; 6(2). Available from: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>

Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA.O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate: Rio De Janeiro*.2014; 38(Especial): 358-372.

Pinto HA, Ferla AA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. [dissertation]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Educação em Saúde, UFRGS, 2014; 226p.

Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl.1):S719-29.

PROADESS. LPrograma de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2016 mar 21]. Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde 2011. Available from: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=antec>.

Ramsey NF, Aarnoutse EJ, Vansteensel MJ. Brain Implants for Substituting Lost Motor Function: State of the Art and Potential Impact on the Lives of Motor-Impaired Seniors. *Gerontology* 2014, 60:366-372.

Reis DC dos. Acesso da população ao diagnóstico e tratamento da esquistossomose em área endêmica do município de Jequitinhonha, Minas Gerais [thesis]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2009.

Reis EJFB, Santos FP dos, Campos FE de, Acúrcio F de A, Leite MTT, Leite MLC *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1990 Mar [cited 2016 mar 21]; 6(1): 50-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>.

Rodrigues SM, Aoki M, Oliver FC. Diagnóstico situacional de pessoas com eficiência acompanhadas em terapia ocupacional em uma unidade básica de saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, 2015; 23 (4): 781-794.

Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro. 2014, 38 (esp.):173-181.

Santos TVC dos. Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários. [thesis]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. 150p.

Santos WR. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis Rev de Saúde Col.* 2008;18(3):501-519.

Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev. Esc. enferm.USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 mar 21]; 44(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100013&lng=en&nrm=iso

Sarti TD; Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012; 28(3):537-548.

Sasaki RK. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. O cuidador [Internet] 2011 [cited 2016 mar 21] 3ª ed, 11p. Available from: <http://www.ocuidador.com.br/imgs/utilidades/terminologia-50aa23697289a.pdf>

Seidl H, Vieira S de P, Fausto MCR, Lima R de CD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio De Janeiro, 2014; 38 (Especial): 94-108.

Silva MRM, Bavaresco C, Costa-Junior S. Avaliação da Qualidade dos dados do SIAB pós-adesão ao PMAQ: uma abordagem avaliando o impacto do programa na

Qualidade das informações. [monography]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Educação em Saúde, UFRGS, 2014.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(1):39-44.

Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas [Internet]; São Paulo (Brasil). 2002 [cited 2016 mar 21]. Available from: [http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20Fablico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro(CEST).pdf);

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília (Brasil): UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002. [cited 2016 mar 21]; 726p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

Stenzel ACB, Misoczky MC, Oliveira AI. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: Misoczky MC, Bordin R. *Gestão local em saúde: Práticas e Reflexões*, 1.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004, 236 p.

Sylver L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo E. *Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde*, 1.ed, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, 212 p.

Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond-Júnior M, Bezerra LCA *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores pra o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. *Rev Ciências & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 839-849.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: Rocha AA.; César CLG. *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008.

Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(4):821-828.

Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude soc*. 2011; 20 (4): 927-934.

Tesser C D, Garcia A V, Argenta C E, Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. R. *Saúde Públ. Santa Cat.*[Internet] 2010 [cited 2016 mar 21]; 3 (1). Available from: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/68/111>

Thumé E. Avaliação em Saúde e o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade. *J Nurs Health*. 2015; 5(2):80-1.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3): 581-89.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saude Publica*. 1997;13(2):325-30.

- Travassos C *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006, 11(4): 975- 986.
- Travassos CM, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2016 mar 21] 20 suppl.2: S190-S198. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
- Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, 12 (3):777-88.
- Vasconcelos LR *et al.* Acessibilidade do deficiente físico a Serviços de Saúde. *Esc. Anna R. Enferm*, 2006, 10 (3): 494-500.
- Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* [Internet] 2006 [cited 2016 mar 21]; 17: 174–83. Available from: http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/EvD%20CM%20XK%20Unequal%20access%20OECD.pdf
- Viacava F *et al.* Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, 17 (4): 921-934.
- Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. *Sao Paulo Perspec*. 2003;17(1):58-68.
- Viana ALd'A, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [Internet] 2005 [cited 2016 mar 21]; 15 Suppl:225-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11>.
- Vieira DKR, Favoreto CAO. Narratives on health: reflections on care for people with disabilities and genetic disease within the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):89-98.
- Warner KE, Luce BR. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care. 1.ed, Ann Arbor: Health Administration Press, 1982, 230 p.
- WHO. World Health Organization. Genève (1981).L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.
- WHO. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF.WHO, Geneva; 2002.
- WHO. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, Lisboa, 2004. 238p.
- WHO. World Health Organization. Switzerland (2010). Equity, social determinants and public health programmes. 2010.
- WHO. World Health Organization, The World Bank. World report on disability 2011. World Health Organization [Internet] 2011a. [cited 2015 dez 05] 325p. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
- WHO. World Health Organization, United States Agency for International Development. Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: A step towards implementation of the convention on the rights of persons with disabilities (CRPD) related to personal mobility. Geneva: WHO; 2011b.

WHO. World Health Organization. Disability draft WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability Sixty-seventh World Health Assembly WHO 2014.

Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2009; 18 (2): 249-57.

Zola IK. Toward the necessary universalizing of a disability policy. *The Milbank Quarterly*, 1989, 67, Suppl 2: 2401-428.

GLOSSÁRIO

Acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

Acessível: espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa.

Adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;

Amputação: perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro;

Barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

Barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

Barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

Barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

Barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

Barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

Barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em:

Comunicação: forma de interação dos cidadãos que abrange, entre outras opções, as línguas, inclusive a Língua Brasileira de Sinais (Libras), a visualização de textos, o Braille, o sistema de sinalização ou de comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos multimídia, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizados e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, incluindo as tecnologias da informação e das comunicações;

Desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva;

Elemento de urbanização: quaisquer componentes de obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamento para esgotos, distribuição de energia elétrica e de gás, iluminação pública, serviços de comunicação, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

Equipamento urbano: todos os bens públicos e privados, de utilidade pública, destinados à prestação de serviços necessários ao funcionamento da cidade, em espaços públicos e privados.

Hemiparesia: perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);

Hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);

Mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

Mobiliário urbano: conjunto de objetos existentes nas vias e nos espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos de urbanização ou de edificação, de forma que sua modificação ou seu traslado não provoque alterações substanciais nesses elementos, como semáforos, postes de sinalização e similares, terminais e pontos de acesso coletivo às telecomunicações, fontes de água, lixeiras, toldos, marquises, bancos, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga.

Monoparesia: perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);

Monoplegia: perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);

Nanismo: deficiência acentuada no crescimento.

Ostomia: intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostomia intestinal; urostomia: desvio urinário);

Paralisia Cerebral: lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;

Paraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;

Paraplegia: perda total das funções motoras dos membros inferiores;

Parestesia: alteração sensorial que leva a diferentes sensações anormais e desagradáveis (queimação, dormência, coceira etc.);

Pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

Sanitário: cômodo que dispõe de bacia sanitária, lavatório, espelho e demais acessórios.

Tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

Tetraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

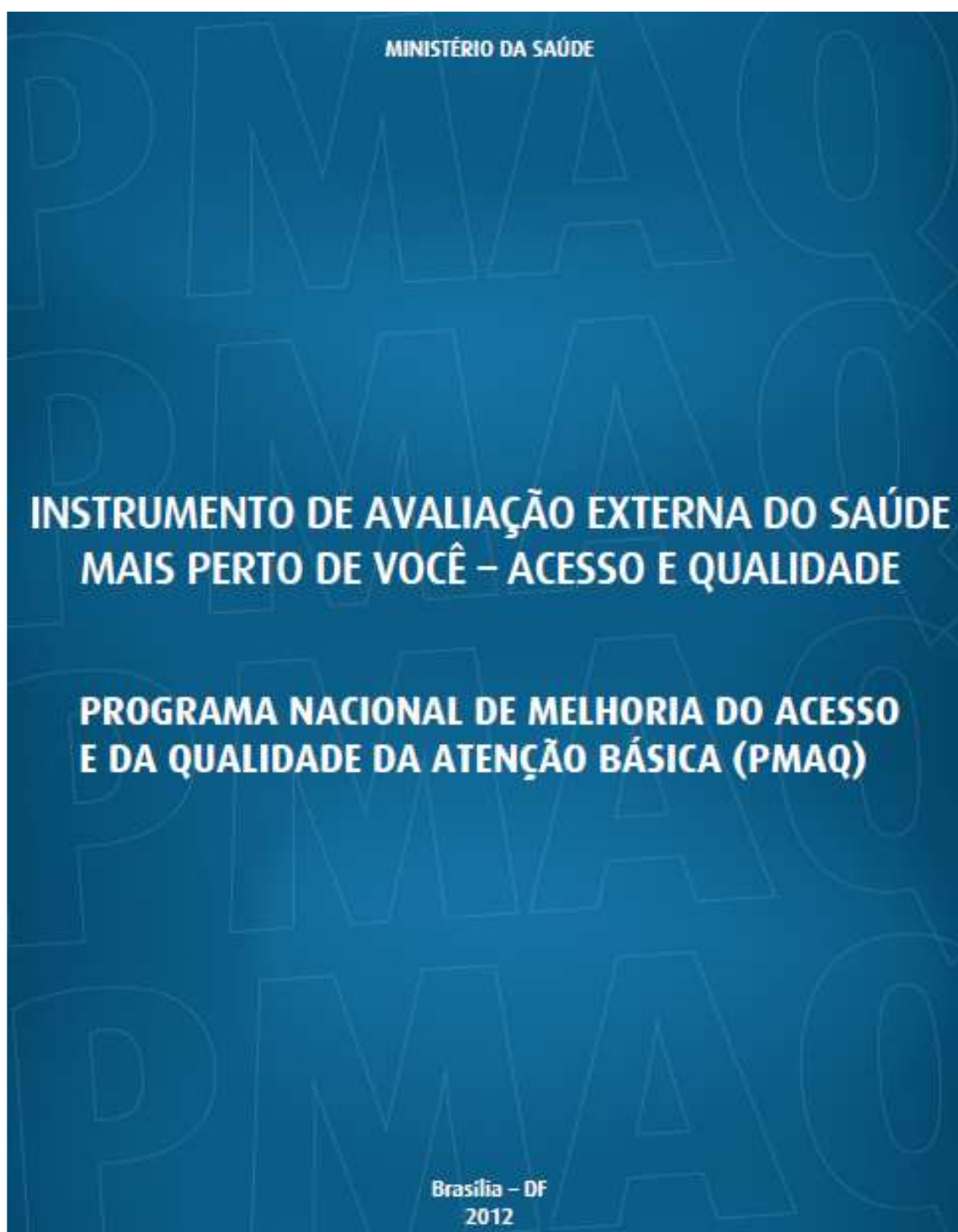
Tetraplegia: perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;

Triparesia: perda parcial das funções motoras em três membros;

Triplegia: perda total das funções motoras em três membros;

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO PMAQ-AB – CICLO 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE**

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO
E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Brasília – DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Elaboração, distribuição e informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2,
Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília-DF
Fones: (61) 3306-8088/3306-8087
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral
Heider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral
Allan Nuno Alves de Sousa

Revisão Técnica
Allan Nuno Alves de Sousa
Eduardo Alves Melo
Heider Aurélio Pinto
Patrícia Sampaio Chueiri
Alexandre de Souza Ramos
Aristides de Oliveira

Elaboração Técnica
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Carolina Pereira Lobato
Cinthia Lociks de Araújo
Dirceu Ditmar Klitzke
Eduardo Alves Melo
Estela Auxiliadora Almeida Lopes
Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Colaboração
Aliadne Castorina Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Carolina Pereira Lobato
Cinthia Lociks de Araújo
Dirceu Ditmar Klitzke
Eduardo Alves Melo
Estela Auxiliadora Almeida Lopes
Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Graziela Tavares
Heider Aurélio Pinto
Ilana de Souza Florencio
Marcia Peixoto César
Paulynne Cavalcanti
Regis Cunha de Oliveira
Sylvio da Costa Junior
Tauani Zamperi Cardoso
Thais Coutinho de Oliveira
Wellington Mendes Carvalho

Participação:
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Coordenação Editorial
Marco Aurélio Santana da Silva

Projeto Gráfico
Alexandre Soares de Brito
Diogo Ferreira Gonçalves

Normalização
Marjorie Fernandes Gonçalves

Revisão
Ana Paula Reis

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
138 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

1. Atenção básica. 2. Promoção à saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título. II. Série.

CDU614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Titulos para indexação:

Em inglês: Instrument for external evaluation of health closer to you

Em espanhol: Instrumento para la evaluación externa de la salud más cerca de usted

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".

I.3 Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica		
I.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde?	Posto de saúde
		Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde
		Posto avançado
		Outro(s)
I.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade: (inserir o número no quadrado)	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
		Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal
		Outras configurações
		Não sabe
I.3.3	Unidade de saúde tem equipe(s) participante(s) do PMAQ? (Se NÃO, passar para a questão I.3.5.)	Sim
		Não
I.3.4	Quantidade de equipes participantes do PMAQ na unidade de saúde:	Equipes
I.3.5	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) mínima (s):	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico de saúde bucal
		Auxiliar de saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico de laboratório
		Microscopista
I.3.6	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s) ampliada (s):	Médico especialista
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
		Outro(s)

I.5 Acessibilidade na unidade de saúde			
I.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
		Sim Não	Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas
I.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	

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá a entrevista. Este profissional deverá ser aquele que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente no momento da avaliação.
- Quando houver na equipe de saúde bucal, deverá ser um profissional de saúde bucal que responderá as questões referentes ao tema.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas em duas etapas, sendo:
 - a) Registro da resposta específica;
 - b) Registro da existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).
- Nas questões em que houver a opção de resposta “Outros”, este campo servirá para o registro da resposta referida pelo entrevistado.
- 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”.

II.13.2	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.13.3	Existe definição da área de abrangência da equipe?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.13.4	A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.13.7.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.13.4/1	Existe documentação que comprove?	Sim
		Não

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO PMAQ-AB – CICLO 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS
PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica (PMAQ)

Brasília, DF
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Supervisão geral:

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa

José Eudes Barroso Vieira

Revisão Técnica:

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Aristides Oliveira

Eduardo Melo

Edson Hilan Gomes de Lucena

Felipe Cavalcanti

Gilberto Pucca

Hêider Aurélio Pinto

José Eudes Barroso Vieira

Patricia Constante Jayme

Patricia Sampaio Chueiri

Pauline Cavalcanti

Renata Pella

Sylvio da Costa Júnior

Thaís Alessa Leite

Elaboração Técnica:

Adriana Kitajima

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Ana Luisa Souza de Paiva

Caroline Martins

Dirceu Ditmar Klitzke

Edson Hilan Gomes de Lucena

Eduardo Alves Melo

Francy Webster Pereira

Hêider Aurélio Pinto

Ivana F. Barreto Rocha Vieira

Pauline Cavalcanti

Renata Pella

Sylvio da Costa Junior

Thaís Alessa Leite

Thaís Coutinho de Oliveira

Colaboração:

Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Coordenação: Luiz Augusto Fachinni

Universidade Federal Rio Grande Sul

(UFRGS)

Coordenação: Alcindo Antonio Ferla

Universidade Federal de Minas Gerais

(UFMG)

Coordenação Antonio Thomaz G. da Matta

Machado

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Coordenação: Márcia Cristina Rodrigues

Fausto e Helena Maria Seidl

Instituto de Saúde Coletiva/Universidade

Federal da Bahia

Coordenação: Maria Guadalupe Medina

Universidade Federal do Rio Grande do

Norte (UFRN)

Coordenação: Paulo de Medeiros Rocha

Universidade Federal do Piauí

Coordenação: José Ivo dos Santos Pedrosa

Universidade Federal de Sergipe

Coordenação: João Cavalcanti

Universidade Federal de Pernambuco

Coordenação: Paulo Goês

Colaboração:

Alyne Araújo de Melo

Ana Carolina Feldenheimer

Ana Carolina Lucena Pires

Ana Lucia Sousa Pinto

Ana Maria Cavalcante de Lima

Angélica Saraiva Sá

Carla Belo de Matos

Carolina Pereira Lobato

Caroline Machado Weber

Cássia Pereira Abella

Charleni Inês Scherer

Daniel Miele Amado

Danillo Fagner Vicente de Assis

Fernanda Ferreira Marcolino

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde

Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional (enfermeiro, médico ou um profissional de nível superior) da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica			
I.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde? <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>		Posto de saúde
			Unidade Básica de Saúde
			Policlínica
			Outro(s)
I.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade:		I.3.2.1 Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
			I.3.2.2 Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal
			I.3.2.3 Equipe de Atenção Básica Parametrizada com Saúde Bucal
			I.3.2.4 Equipe de Atenção Básica Parametrizada sem Saúde Bucal
			I.3.2.5 Equipe de Consultório na Rua
			I.3.2.6 Outras modalidades de equipe
I.3.3	Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na unidade:		I.3.3.1 Médico
			I.3.3.2 Enfermeiro
			I.3.3.3 Cirurgião-dentista
			I.3.3.4 Técnico de enfermagem
			I.3.3.5 Auxiliar de enfermagem
			I.3.3.6 Técnico de saúde bucal

I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde			
ET - I.5.1	Nas dependências da unidade: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas
			Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas
			Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
			Nenhuma das anteriores

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser o enfermeiro, o médico ou um profissional de nível superior que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica			
ET - II.10.1	Qual o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade da equipe?		Até 3.000 pessoas
	Poderá escolher somente uma opção <input type="checkbox"/>		De 3.001 a 4.000 pessoas
			De 4.001 a 5.000 pessoas
			De 5.001 a 6.000 pessoas
			Acima de 6.000 pessoas <input type="checkbox"/>
G - II.10.1/1	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ES - II.10.2	Existe definição da área de abrangência da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - II.10.3	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência? Se NÃO, passar para questão II.10.6.		Sim
			Não
G - II.10.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não

II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência			
G - II.24.1	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência? Se NÃO, passar para a questão II.24.2.		Sim
			Não
			Não se aplica(Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
G - II.24.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.24.2	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção? Se NÃO, passar para o bloco II.25.		Sim
			Não
			Não se aplica(Não possui usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção no território)
G - II.24.2/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.24.3	Qual o tipo? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Aparelho auditivo
			Membros superiores
			Membros inferiores
			Cadeira de rodas
			Outro(s)

ANEXO 3 - APROVAÇÃO 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/FAMED/UFPPEL

