



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE ANGICOS
CURSO DE BACHARELADO EM ENGENHARIA CIVIL

PEDRO HENRIQUE MARTINS MAIA

**ANÁLISE DE ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)
DA ZONA NORTE DE CAICÓ-RN**

ANGICOS

2023

PEDRO HENRIQUE MARTINS MAIA

**ANÁLISE DE ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)
DA ZONA NORTE DE CAICÓ-RN**

Trabalho Final de Graduação apresentado à
Universidade Federal Rural do Semi-Árido
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Engenharia Civil.

Orientadora: Prof. Dra. Andreza Kelly Costa
Nobrega dos Santos

ANGICOS

2023

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tornar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

MHenr Maia, Pedro Henrique Martins .
ique, ANÁLISE DE ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS
H519 DE SAÚDE (UBS) DA ZONA NORTE DE CAICÓ-RN / Pedro
a Henrique Martins Maia. - 2023.
51 f. : il.

Orientadora: Andreza Kelly Costa Nobrega dos Santos .

Monografia (graduação) - Universidade Federal Rural do Semi-árido, Curso de Engenharia Civil, 2023.

1. Barreiras Físicas . 2. Checklist. 3. Fiscalização . 4. Inclusão Social . I. Nobrega dos Santos , Andreza Kelly Costa , orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por sistema gerador automático em conformidade com AACR2 e os dados fornecidos pelo) autor(a).

Biblioteca Campus Angicos Bibliotecário: Helder Romero Maia Duarte CRB: 15/673

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

PEDRO HENRIQUE MARTINS MAIA

**ANÁLISE DE ACESSIBILIDADE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)
DA ZONA NORTE DE CAICÓ-RN**

Trabalho Final de Graduação apresentado a
Universidade Federal Rural do Semi-Árido
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Engenharia Civil.

Defendida em:13/10/2023.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



ANDREZA KELLY COSTA NOBREGA DOS SANTO:

Data: 20/10/2023 06:27:23-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Andreza Kelly Costa Nobrega dos Santos,
Presidente

Documento assinado digitalmente



IGOR JOSE NASCIMENTO DE MEDEIROS

Data: 20/10/2023 15:36:42-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

, Prof.^a Igor José Nascimento de Medeiros

Documento assinado digitalmente



SILEIDE DE OLIVEIRA RAMOS

Data: 20/10/2023 20:26:14-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

, Prof.^a Dr(a). Sileide de Oliveira Ramos
Membro Examinador Interno

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Micheline Martins Maia, por ter me acompanhado nas visitas e ter ajudado nas medições nas unidades básicas de saúde, e principalmente sempre fazendo com que eu não desistisse dos meus sonhos.

A minha namorada, Maria Regina Fonseca Barbosa de Araújo, por estar sempre me apoiando, mesmo nos momentos difíceis.

A minha orientadora, Profa. Dra. Andreza Kelly, pela disponibilidade e competência para me orientar.

A todos os funcionários da UFERSA-ANGICOS, desde o pessoal da limpeza á coordenadores, que diretamente ou indiretamente, contribuíram de alguma forma para minha formação.

Aos diretores das Unidades Básicas de Saúde, pela disponibilidade e permissão para que eu pudesse fazer essas visitas nas unidades.

A escola não transforma a realidade, mas pode ajudar a formar os sujeitos capazes de fazer a transformação, da sociedade, do mundo, de si mesmos.

Paulo Freire

RESUMO

A acessibilidade é um componente fundamental do meio ambiente que garante melhorias na qualidade de vida das pessoas, deve estar presente em espaços públicos, transportes públicos e serviços e instalações públicas. O presente trabalho tem como uma avaliação baseada na ABNT NBR 9050/2020 para unidades básicas de saúde da zona norte de Caicó-RN, onde foi feito um checklist com itens que regem a norma 9050/2020, afim de apresentar melhorias para essas unidades básicas de saúde, estas melhorias também que incluem um direito legal que visa remover gradualmente as barreiras físicas, arquitetônicas, de comunicação e de atitude, a fim de promover o acesso aberto com segurança e autonomia para pessoas com deficiência ou que apresenta problemas de mobilidade reduzida. Portanto, a análise foi feita nas UBS, onde foi visto que as unidades não se apresentam dentro dos padrões estabelecidos por norma, desta forma, tendo em vista a implementação de fiscais severos, afim de ter essa devida fiscalização na execução dessas obras, para trazer essa devida inclusão nas unidades.

Palavras-chave: Barreiras Físicas; Checklist; Fiscalização; Inclusão Social.

ABSTRACT

Accessibility is a fundamental component of the environment that guarantees improvements in people's quality of life. It must be present in public spaces, public transport and public services and facilities. The present work is an evaluation based on ABNT NBR 9050/2020 for basic health units in the north of Caicó-RN, where a checklist was made with items that govern standard 9050/2020, in order to present improvements for these basic units. of health, these improvements also include a legal right that aims to gradually remove physical, architectural, communication and attitudinal barriers, in order to promote open access with safety and autonomy for people with disabilities or who have reduced mobility problems. Therefore, the analysis was carried out at UBS, where it was seen that the units do not meet the standards established by law, in this way, with a view to the implementation of strict inspectors, in order to have this due supervision in the execution of these works, to bring this proper inclusion in the units.

Keywords: Physical Barriers; Checklist; Oversight; Social inclusion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição e tipos de pessoas com deficiência no Rio Grande do Norte.....	21
Figura 2 - Localização das Unidades Básicas de Saúde da zona norte de Caicó-RN.....	27
Figura 3 – Checklist utilizado	28
Figura 4 - Antes e depois conforme a norma 9050/2020	30
Figura 5 - Antes e depois do banheiro conforme a norma 9050/2020	31
Figura 6 - Lavatório instalado de forma irregular	31
Figura 7 - Dimensões do banheiro	32
Figura 8 - Dimensões da sala de atendimento	33
Figura 9 - Antes e depois da rampa de acesso para a unidade básica de saúde	34
Figura 10 - Antes e depois do trajeto da rampa	34
Figura 11 - Medições do balcão de atendimento e do corredor principal	35
Figura 12 - Antes e depois conforme a norma ABNT 9050/2020	36
Figura 13 - Antes e depois da colocação de barras de apoio ao longo do banheiro	36
Figura 14 - Dimensão da sala de atendimento	37
Figura 15 - Antes e depois de acordo com a norma 9050/2020.....	37
Figura 16 - Altura do balcão de atendimento	38
Figura 17 - Dimensão do corredor da unidade.....	39
Figura 18 - Antes e depois de porta do banheiro com define a norma 9050/2020	40
Figura 19 - Antes e depois de um lavatório acessível	40
Figura 20 - Antes e depois do box conforme a norma 9050/2020	41
Figura 21 - Medição feita na sala de atendimento da unida básica de saúde do samanaú	42
Figura 22 - Antes e depois da rampa conforme a norma 9050/2020	42
Figura 23 - Dimensões do balcão de atendimento e largura do corredor para as salas de atendimentos	43
Figura 24 - Antes e depois da porta incluindo a barra de apoio	43
Figura 25 – Antes e depois Banheiro exigido de acordo com a norma 9050/2020	44
Figura 26 - Dimensões de largura e comprimento da sala de atendimento da unidade básica de saúde	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIPPD	Ano Internacional de Pessoas Portadora de Deficiências
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBI	Lei Brasileira da Inclusão
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCD	Pessoas com deficiência
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
TCU	Tribunal de Contas
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde	16
3.2 Deficiências e seus principais tipos no Rio Grande do Norte	19
3.3 Direitos das pessoas com deficiência	22
3.4 Inclusão social.....	24
3.5 Construções públicas no Rio Grande do Norte	25
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Identificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	27
4.2 Construção do checklist.....	27
4.3 Averiguação das UBS	29
4.4 Identificação dos problemas por medições nos ambientes	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
5.1 UBS 01 – UBS Boa Passagem.....	30
5.2 UBS 02 – UBS Vila do Príncipe	33
5.3 UBS 03 – UBS Samanaú	37
5.4 UBS 04 – UBS Alto da Boa vista	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Com mais de 43 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuando em todo o país, os avanços na atenção primária à saúde no Brasil são inimagináveis. No entanto, a fragilidade física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) continua sendo um grande desafio. A análise dos programas e serviços de saúde no contexto da avaliação da acessibilidade e usabilidade da estrutura organizacional da UBS mostrou que as limitações e insatisfações dos profissionais de saúde e usuários podem ser causadas por questões organizacionais. (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Segundo alguns estudos, existem barreiras organizacionais que dificultam o atendimento de demandas espontânea, horários limitados de atendimento, coordenação de consultas, falta de organização do sistema de encaminhamento para serviços especializados, entre outros fatores que dificultam o acesso das pessoas à saúde. (OLIVEIRA LS *et al.*, 2012).

A acessibilidade é uma característica que se aplica a todos os níveis de atenção, não apenas à atenção básica. Permite que as pessoas tenham acesso aos serviços, os requisitos específicos para acessibilidade, no entanto, diferem na atenção primária, porque esta é a porta de entrada para o sistema de saúde. (STARFIELD *et al.*, 2002).

A ideia de acesso aos serviços de saúde é entendida como a liberdade de escolha desses serviços e sua disponibilidade no momento da necessidade de atendimento. Ele também pode ser entendido como o elo entre alguns conceitos como disponibilidade, aceitabilidade e informação, e vem sendo cada vez mais confundido com a ideia de equidade em saúde. (SANCHEZ RM *et al.*, 2012).

A acessibilidade deve abranger os espaços, o meio físico, os transportes as comunicações os sistemas e tecnologias de informação, bem como os serviços e equipamentos abertos às pessoas, tanto nas zonas urbanas como nas rurais. (BRASIL, 2015).

Segundo (DEVER, 1988), a utilização de serviços é uma interação entre consumidores e prestadores de serviços, sendo influenciada por fatores socioculturais (valor tecnológico e social) e organizacionais, bem como por outros fatores relativos ao consumidor e prestador de serviços. A autora relaciona a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura organizacional e da forma de atendimento como fatores que influenciam o uso.

A mudança de mentalidade e o surgimento de novas tendências foram incentivados por um decreto da ONU, como "a substituição do termo 'barreiras arquitetônicas' por

'acessibilidade. Acessibilidade "é mais do que construir rampas, embora as rampas sejam sempre fundamentais". (LOUGHBOROUGH, 2006, p. 1-2).

As barreiras sociais afetam "processos de inclusão/exclusão" e isolamento. Barreiras psicologicamente causadas por "atitudes e comportamentos adotados pelos indivíduos", como "uso inadequado de espaços destinados a pessoas com deficiência ou mobilidade limitada", "automóveis estacionados em calçada, obstruindo o tátil direcional" e rampas de acesso. (ELALI *et al.*, 2012, p. 2).

Corde (2002 apud VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006, p. 495) afirma que “as dificuldades para uma pessoa com limitação física acessar aos serviços públicos de saúde são sentidas particularmente no percurso de casa para uma unidade de apoio”.

Todo cidadão deve circular pela sua cidade com segurança e autonomia, da mesma forma que todos no Brasil têm direito de acesso ao sistema de saúde. Para atender a todas as necessidades assistenciais, o sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios. Um dos fatores que contribui para isso é o fato de uma parcela significativa da população não conseguir acessar os serviços das UBS, por conta de ser inacessível, com isso inviabilizando o atendimento a esse usuário. Os cidadãos com limitações de qualquer natureza, permanentes ou temporárias, apresentam restrições físicas, sensoriais ou mentais que dificultam ou impossibilitam a realização até mesmo das tarefas básicas do cotidiano, entre as quais o acesso aos diversos serviços prestados à população. (AMARAL *et al.*, 2017).

Desde a inauguração do Ano Internacional das Pessoas Portadoras de Deficiência (AIPPD) pela ONU em 1981, os desafios de acessibilidade enfrentados por pessoas com deficiência mudaram. As leis n. 7.853/89 e nº. 13.146/15, bem como as Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência no Brasil estimulam a integração social e a mudança de atitudes. (BRASIL, 2012, p. 46).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relata um retrato dramático da população brasileira no que se refere a quaisquer deficiências. Segundo o levantamento, o número de cidades nessa situação é de cerca de 17,3 milhões, ou 8,4%, da população total do país (IBGE, 2010).

As pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida encontram barreiras internas e externas para acessar os serviços de saúde. A Constituição Federal de 1988 proibiu o tratamento diferenciado das pessoas com deficiência para que não fossem privadas de seu direito humano fundamental à dignidade. A qualidade de vida é determinada pelo acesso aos serviços de saúde. (HILGERT *et al.*, 2019).

Segundo Donabedian (2003), a acessibilidade pode ser definida como um arranjo de

recursos em um local específico, onde o mesmo envolve direcionar os usuários aos serviços e peculiaridades existentes que facilitam ou dificultam o seu uso. A autora também discute a relação entre os termos acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, ambos relacionados à capacidade desses locais de atender às necessidades de uma comunidade assistida.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) lançou a 1ª edição da Norma Brasileira (NBR) 9050 no ano de 1994, e atualmente está na 4ª edição após uma atualização realizada no ano de 2020. O objetivo da norma é garantir acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. O regulamento em questão pretendia estabelecer normas e critérios técnicos para as estruturas e adaptações nos serviços urbanos, consideradas condições de mobilidade. (ABNT, 2020).

Para garantir a eficácia deste direito, são estabelecidos critérios para a adaptação das áreas comuns dos edifícios e fixadas as condições necessárias. Além disso, são realizadas diretrizes e ações para proporcionar um melhor e mais adequado acesso da população aos prédios públicos e vias urbanas. (ABNT, 2020).

Observa-se que os serviços de saúde, em sua maioria, não são totalmente regulares conforme os padrões estabelecidos em normas técnicas, tendo em vista que apresentam circunstâncias desafiadoras de estruturas, principalmente relacionadas às portas de entrada, áreas de circulação, rampas inadequadas ou ausentes, tipos de pisos, sinalizações, entre outras barreiras, refletindo na incapacidade do livre acesso no interior das UBS e por consequência, em um atendimento não integral. (MARQUES *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2018).

Portanto, é importante ter uma perspectiva abrangente ao estudar as condições de acesso no contexto da política de saúde para fazer uma análise econômica da relação entre oferta e demanda, uma análise técnica do planejamento e organização da rede de serviços, uma análise política do desenvolvimento da consciência pública sobre questões de saúde. (GIOVANELLA *et al.*, 1996).

Em consonância com o que foi mencionado, o estudo deste trabalho visa investigar a aplicação de especificações técnicas, enfatizar a necessidade de um conceito arquitetônico de projeto mais abrangente e tratar as questões de acessibilidade como uma ferramenta crucial para a formação profissional de um engenheiro civil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde – UBS da zona norte de Caicó-RN, como base na norma ABNT NBR 9050/2020.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as unidades básicas de saúde localizadas na zona norte de Caicó-RN.
- Avaliar as condições de acessibilidade nas unidades de saúde identificadas, de acordo com a norma NBR 9050/2020.
- Identificar os problemas de acessibilidade por meio de registros fotográficos e medições locais.
- Propor melhorias de acessibilidade às unidades básicas de saúde analisadas, com base na NBR 9050/2020.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde

O termo "acessibilidade" apareceu pela primeira vez na década de 1970 e foi inicialmente utilizado para descrever uma condição de mobilidade e a remoção de barreiras arquitetônicas que proporcionavam condições de acesso a edifícios e modos de transporte para pessoas com deficiência. No entanto, essa ideia se expandiu e hoje a acessibilidade é considerada um paradigma de inclusão, pois reconhece que as barreiras são mais complicadas e vão além da questão da mobilidade. (WAGNER, 2010).

A acessibilidade contraria a noção de cidadania, na qual cada indivíduo possui direitos legais que devem ser respeitados; no entanto, muitos desses direitos foram obstruídos por barreiras arquitetônicas e sociais. Quando acessível a todos, um espaço construído é capaz de proporcionar oportunidades iguais para todos os usuários. (MEDEIROS, 2017).

Uma revisão de artigos dos últimos 14 anos sobre a acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde, incluindo a rota casa/hospital, acesso ao interior do hospital e acesso às instalações sanitárias, constatou que esses aspectos da arquitetura hospitalar dificultam para que as pessoas com deficiência se movimentem livremente e não cumpram a lei. A conclusão é que mudanças significativas nos hospitais são necessárias para uma efetiva "acessibilidade das pessoas com deficiência". (CIPRIANO; MONÇÃO, 2013, p. 14-15).

Para que as pessoas com deficiência física usufruam desses direitos e fortaleçam sua cidadania, elas devem primeiro cumprir algumas metas, como o direito à acessibilidade em prédios públicos. Com isso, a busca por espaços arquitetonicamente irrestritos implica a possibilidade e a condição de acesso de pessoas com deficiência para o uso de prédios, móveis, equipamentos urbanos, transportes e meios de comunicação com segurança e autonomia. (GODOY *et al.*, 2017).

Já as barreiras arquitetônicas são constituídas por qualquer obstrução relacionada à construção ou alteração urbana, como, por exemplo, a presença de escadas rolantes, buracos em vias públicas, degraus altos, entre outros. Quando as estruturas prediais são inadequadas para as necessidades das pessoas com deficiência, esse desafio também afeta os serviços de saúde. (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

A construção do espaço público e a execução do projeto devem ser planejadas, modificadas e executadas de forma acessível para pessoas com deficiência ou mobilidade limitada. No entanto, apesar da lei garantir o direito de acessibilidade e mobilidade aos mais

carentes, observa-se com frequência que os municípios têm descumprido as normas estabelecidas pela NBR 9050/2020. Não é raro ver, por exemplo, edifícios sem pelo menos um percurso acessível, bem como equipamentos e mobiliários concebidos para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. (EVANGELO *et al.*, 2021).

As barreiras arquitetônicas são constituídas por qualquer obstrução relacionada à construção ou alteração urbana, como, por exemplo, a presença de escadas rolantes, buracos em vias públicas, degraus altos, entre outros. Quando as estruturas prediais são inadequadas para as necessidades das pessoas com deficiência, esse desafio também afeta os serviços de saúde. (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Para Reinaldi (2014), faltam apenas algumas melhorias no arranjo físico das ruas e calçadas, bem como a colocação adequada dos serviços de saúde, de forma a permitir o pleno uso dessas áreas por essas pessoas, como como a colocação de pavimentos esfarrapados. Outro ponto crucial que evidencia essa fragilidade é a necessidade de solicitar ajuda para determinar o melhor curso de ação. Diante disso, percebe-se que as dificuldades apontadas pelas pessoas com deficiência visual atuam como uma pressão negativa para que essas pessoas evitem o uso dos serviços de saúde. Nesse sentido, fica claro o quanto a acessibilidade é fundamental para a manutenção do princípio da igualdade do SUS, que se baseia na noção de que todos os membros da sociedade devem ter oportunidades iguais para realizar seu potencial de saúde.

Segundo David (2009), mudanças são necessárias para esse avanço, a fim de melhorar o acesso aos serviços de saúde, tanto física quanto socialmente. Deve-se notar que uma pessoa com deficiência visual tem uma capacidade limitada de realizar atividades dentro das normas que se aplicam a todos os seres humanos. Essa habilidade pode ser parcial ou total. No entanto, é importante ter em mente que essas pessoas podem exercer qualquer atividade desde que tenham condições e suporte adequados às suas características únicas. Assim, é necessário um ambiente adequado e com acesso físico garantido.

A RCPCD (Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência) afirma que a acessibilidade é essencial aos serviços da rede, mas essas barreiras são frequentemente apontadas como dificuldades em estudos que enfocam o acesso aos serviços de saúde e deslocamentos no cotidiano das PCDs. (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

Os PCDs não podem exercer plena e eficazmente os seus direitos humanos universais, como o direito à transmissão segura e autónoma da propriedade. Além de limitar a mobilidade urbana, buscam o acesso a outros direitos fundamentais como educação, saúde, trabalho, lazer, entre outros. (BRASIL, 2008).

Os estudos analisados apontam barreiras de acesso como a falta de vestiário, presença de esgotos, bueiros, pisos quebrados, rampas e corredores estreitos, ausência de banheiros acessíveis e escadas rolantes que dificultam o acesso aos serviços de saúde e mover-se dentro de edifícios. Expresso percentual de serviços de saúde ainda é estruturalmente insuficiente para o acesso à PCD, tanto em termos de ambiente externo quanto a ambientes internos. (SIQUEIRA FCV *et al.*, 2009; ARRUE *et al.*, 2019).

Poucos eram acessíveis para PCD visual ou auditivo em pesquisas realizadas em todas as UBS do país. Tendo em vista que as UBS são a principal porta de entrada do SUS e que um pequeno percentual delas oferece acesso a deficientes sensoriais, é possível que os demais serviços especializados prestados pela rede, como internação e atendimento de urgência e emergência, sejam ainda menos preparados para lidar com o cuidado da PCD. (SANTOS MLM *et al.*, 2019).

A presença de barreiras arquitetônicas nos serviços de saúde é preocupante, pois são áreas onde o ambiente deve ser adequado para o acesso de todos que procuram atendimento de saúde. Quando as instalações de produção de cuidados de saúde impõem tais barreiras, o acesso aos cuidados de saúde para PCD torna-se gravemente comprometido. (AMARAL FLJS *et al.*, 2019).

A inadequação das escadas e áreas próximas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deveriam ser a porta de entrada dos serviços de saúde, apresentam-se como barreiras arquitetônicas nesse contexto, colocando em risco a integridade da infraestrutura e impedindo o acesso aos espaços destinados à prestação de serviços de saúde. (AMARAL FLJS *et al.*, 2019).

Vemos o acesso aos serviços de saúde como o resultado de fatores que influenciam tanto as características dos indivíduos (como onde vivem, seus recursos financeiros e suas circunstâncias sociais) quanto as características dos serviços (como quantidade, localização das instalações e custos). A capacidade das pessoas de pagar por esses serviços determina se os serviços são ou não acessíveis, não apenas o custo dos próprios serviços. Da mesma forma, a localização de um estabelecimento de saúde afetará a facilidade com que as pessoas podem acessar os cuidados médicos, dependendo da população atendida e de sua capacidade de transporte para os estabelecimentos de saúde. (LEVESQUE *et al.*, 2013).

Há uma grande diversidade de opiniões quando se trata de deslocamento para unidades de saúde, com variações quanto à duração do trajeto, necessidade de acompanhante e meio de transporte utilizado. Um fator importante é que algumas pessoas sentem necessidade de serem acompanhadas, o que em alguns casos pode ser explicado pela falta de segurança ao se

deslocar sozinhos em ambientes sociais, pela presença de potenciais barreiras sociais e arquitetônicas ou por uma sensação de superproteção por parte dos cuidadores e familiares. (SOUSA FOS *et al.*, 2014).

Segundo (AMORIM, 2018), destaca que a falta de acessibilidade aos serviços de saúde revelou-se como uma barreira para o alcance da integralidade médica, protegida pelas normas legais brasileiras. Nesse arcabouço abrangente, a maioria das unidades básicas de saúde ainda possui barreiras físicas e psicológicas, o que contribui para uma cultura permeada pela violência simbólica às pessoas com limitações físicas, intelectuais ou sensoriais. Isso perpetua um ciclo de injustiças em que as pessoas com deficiência ficam presas e contribui para a exclusão social.

Não há estudos suficientes sobre como incentivar a inclusão de pessoas com deficiência na sociedade em todo o mundo. Discriminação, inacessibilidade física, problemas de acessibilidade e disponibilidade de informações são alguns dos possíveis obstáculos para se ter uma inclusão de pessoas com deficiência no sistema de saúde. (OMS, 2011).

Com isso, melhores condições de acesso seriam proporcionadas não apenas a uma parcela da população, mas também à sociedade como um todo, com a remoção das barreiras de mobilidade das edificações, o respeito à autoridade e o cumprimento das leis de acessibilidade aplicáveis. Como capazes de tomar decisões pertinentes à sua vida, as PCD têm o direito de manter sua autonomia preservada, mas para isso não devem ser excluídas da sociedade. (Gironi JBR *et al.*, 2011).

Os direitos adquiridos requerem efetiva implementação, visando a igualdade e a universalidade por meio de iniciativas de inclusão e acessibilidade, maximizando a capacidade de superar as barreiras enfrentadas pelas PCD e garantindo saúde, dignidade e, acima de tudo, justiça social. (LOPES MJM *et al.*, 2014).

Para garantir que o acesso aos serviços de saúde seja equitativo para pessoas com deficiência, esforços devem ser feitos para reduzir as barreiras. Pesquisas futuras devem levar em consideração como a tecnologia afeta o acesso, o engajamento e a navegação dentro do sistema de saúde. Vale ressaltar que não existem estudos qualitativos sobre as experiências de pessoas que têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto em termos de quão bem esses serviços são prestados quanto de como são bem utilizados. (ROBARDS *et al.*, 2018).

3.2 Deficiências e seus principais tipos no Rio Grande do Norte

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF),

utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), define deficiência como "problemas nas funções ou estruturas do corpo, como desvio ou perda significativa". (OMS, 2019).

Devido a uma variedade de fatores, as pessoas com deficiência apresentam um estado de saúde único e requerem cuidados médicos com mais frequência do que indivíduos saudáveis. A preocupação com a saúde dos deficientes tem raízes nos movimentos sociais que defendem a igualdade de direitos para as pessoas com deficiência. (LAWTHERS *et al.*, 2019).

As deficiências podem ser herdadas ou adquiridas, o que significa que podem afetar o modo de ser "normal" de uma pessoa ao longo de sua vida. Isso inclui condições que acompanham uma pessoa desde a concepção até a idade adulta. (EVANGELO *et al.*, 2021).

Determinar as deficiências de um ser humano, entretanto, é uma tarefa difícil e crucial porque, como já foi dito, os termos "deficiência" e "limitação" estavam inicialmente conectados. No entanto, como todos os seres humanos têm algum tipo de limitação, seja física, mental, psicológica ou outra, essa noção se aplica a todas as pessoas, seja em maior ou menor grau. Portanto, não seria a limitação em si que definiria as deficiências de uma pessoa, mas sim as limitações impostas pela sociedade. (SANTOS MLM *et al.*, 2019).

Decreto nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/2004, em seu inciso I, II, III, e IV como: deficiência física, auditiva, visual, mental (atualmente intelectual, função cognitiva) e múltipla, que é a associação de mais de um tipo de deficiência. (BRASIL, 2015).

- Deficiência mental: Corresponde a expressões como falta, falha, carência, imperfeição associada ao significado de deficiência (do latim *deficiencia*) aplicado ao conceito de mente ou intelecto, porém este termo "deficiência mental" por si só, não define nem caracterizado o conjunto de problemas que ocorre no cérebro humano, e leva as pessoas que possuem um baixo rendimento cognitivo, muitas vezes sem afetar outras regiões ou funções respiratórias;
- Deficiência física: Existem muitas definições para "deficiência física", e uma delas pode ser entendida como uma alteração no corpo que dificulta a movimentação das pessoas e as impede de participar da vida por conta própria, ou ainda como uma desvantagem provocada por um compromisso ou uma incapacidade que restringe ou impede a função motora de um indivíduo;
- Deficiência intelectual: Limitações nas habilidades são uma marca registrada da deficiência intelectual, habilidades mentais como essas estão ligadas à inteligência e são usadas para tarefas como raciocínio, solução de problemas e planejamento, entre outras. Esses indivíduos com deficiência intelectual têm uma função cognitiva significativamente abaixo da média. Como resultado, as pessoas com deficiência intelectual geralmente se comportam como se fossem mais jovens do que realmente são, dificultando o aprendizado, a compreensão e a realização de atividades comuns a outras pessoas;
- Deficiência auditiva: É caracterizado pela ausência (completa ou parcial) de um ou mais dos cinco sentidos e pela incapacidade de utilizar

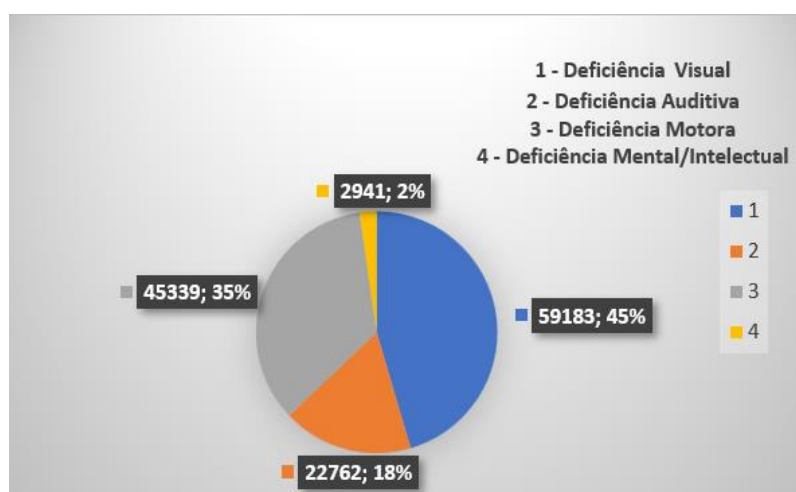
plenamente cada sentido, independentemente de quantos existam. De acordo com esse ponto de vista, um déficit sensorial é a incapacidade de usar um dos sentidos plenamente. Normalmente, a surdez e a cegueira são consideradas déficits sensoriais, mas também podemos incluir déficits relacionados à língua, sistema olfativo ou sistema palatino nesta categoria. (SASSAKI et al., 2017).

O IBGE destaca que a Região Nordeste registra os maiores níveis para todas as deficiências, na comparação entre os estados, apresentam maiores níveis de população com alguma deficiência o Rio Grande do Norte e a Paraíba. (IBGE, 2010).

As questões de deficiências afetam boa parte da população do Rio Grande do Norte, pois é um dos estados brasileiros com o maior índice de pessoas com um ou mais tipos de deficiência (visual, motora, auditiva e mental/intelectual). No total, são 882.022 potiguares portadores de pelo menos de alguma deficiência. Segundo dados do Censo 2010, o indicador representa 27,8% da população total. Em termos percentuais, o Rio Grande do Norte ocupa a quarta posição com 1,64% da população apresentando algum tipo deficiência mental permanente. (IBGE, 2010).

Conforme mostra a figura 1, foram entrevistados cerca de 130.225 potiguares que apresentavam as principais deficiência (visual, motora, auditiva e mental/intelectual), dentre as pessoas com algum tipo de deficiência no estado, 59.183 tem deficiência visual, 22.762 apresentam ter deficiência auditiva, já 45.339 apresentam ter deficiência motora e por último 2.941 apresenta deficiência mental/intelectual.

Figura 1 - Distribuição e tipos de pessoas com deficiência no Rio Grande do Norte



Fonte: IBGE (2010)

Aldemir Freire (2012), chefe da unidade do IBGE no RN, prevê que o percentual de deficientes no estado aumentará nos próximos anos. À medida que nossa população envelhece, há uma tendência de aumento do percentual de deficiências, observou o analista. Mas um resgate deve ser realizado. As pessoas que usam lentes de contato ou óculos também

entram nas estatísticas porque, segundo as normas do Ministério da Saúde, são consideradas portadoras de deficiência visual. Claro, isso exclui pessoas que nasceram com ou adquiriram cegueira posteriormente por vários motivos. (TRIBUNA DO NORTE, 2012).

Segundo Aldemir Freire (2012), “Os indicadores têm uma relação conflituosa com a potencialização da faixa etária populacional. A tendência é que o Rio Grande do Norte siga a mesma trajetória do resto do país nos próximos anos e comecemos a ver uma queda na taxa de fecundidade. Além disso, haverá aumento do número de idosos e, consequentemente, de deficiências motoras, visuais e auditivas”. (TRIBUNA DO NORTE, 2012).

3.3 Direitos das pessoas com deficiência

Desde a antiguidade, a existência de diferenças entre os seres humanos tem sido utilizada como justificativa para a exclusão e diversas formas de segregação das pessoas com deficiência, vistas como um risco para a sociedade e rotuladas como doentes e incapazes. Em todas essas circunstâncias, é evidente a opressão dos detentores do poder sobre os indivíduos em situação de vulnerabilidade. Foi uma longa jornada do isolamento social à visibilidade representada por medidas de caridade e busca de ajuda que mantiveram as pessoas com deficiência isoladas em casas de família ou instituições de confinamento. (MAIOR, 2016).

A atual Constituição Brasileira foi publicada em 1988 e tinha como objetivo garantir os direitos sociais e individuais das pessoas no Brasil. Inclusive os das pessoas com deficiência. Foi a partir dela que vivemos várias leis e normas mais específicas visando garantir acessibilidade e inclusão. Um exemplo é a Lei de Cotas, publicada em 1991, que tem como foco a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. (BRASIL, 1988).

Pouco mais de 15 anos depois, o movimento finalmente obteve sucesso com a ratificação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência pelo Brasil; no entanto, a participação individual não foi resultado desse evento, mas decorreu do fortalecimento da população paulatina, que levou à reivindicação de direitos civis, políticos, sociais e econômicos. (GARCIA, 2011).

Em 2004, entrou em vigor o Decreto nº 5.296, reforçando a prioridade dada aos projetos arquitetônicos e urbanísticos acessíveis, bem como ao acesso à comunicação e à informação. Ele também apresentou as normas técnicas da ABNT, como os parâmetros de acessibilidade que devem ser seguidos, como novidades. A ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) lançou uma série de diretrizes de acessibilidade como resultado deste decreto. Todos esses parâmetros são coletados no manual da ABNT 9050 e têm como foco a

acessibilidade em projeto, construção, instalação e adequação de edificações. (BRASIL, 2004).

O Decreto nº 6.949, aprovado em 2009, incorporou à nossa Constituição as normas estabelecidas na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo de Implementação. Na prática, isso significa que todos os países participantes devem incentivar as pessoas com deficiência a acessar novos sistemas e tecnologias de informação e comunicação, incluindo a internet. Este decreto leva a regulamentação da acessibilidade digital um passo adiante, exigindo que as empresas forneçam informações e serviços on-line acessíveis a pessoas com todas as deficiências. (BRASIL, 2009).

A Lei Brasileira da Inclusão (LBI) – Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – ou, também, Estatuto da Pessoa com Deficiência, demorou cerca de 15 anos para ser aprovada desde que foi promulgada no início do segundo milênio. (BRASIL, 2015).

O texto da LBI foi apresentado pela primeira vez em 2000 por Paulo Paim, então deputado federal. Antes de sua aprovação, passou-se por um longo processo, desde ajustes textuais para adequação à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 2006, até a reescrita de algumas seções do documento. (PAIM *et al.*, 2015).

Apesar das críticas da LBI, a forma como a pessoa com deficiência é percebida e seus benefícios são pontos de virada no desenvolvimento de uma sociedade que aceita mais as diferenças. Como resultado, as pessoas que tiveram seus direitos negados por anos, incluindo a incapacidade de frequentar as mesmas escolas ou locais que outras pessoas sem deficiência, parecem estar ganhando seus direitos, no entanto em linhas gerais, a LBI não é um compilado de leis, mas sim um documento "único" que traz coerência jurídica à linguagem da Convenção para a legislação brasileira, uma vez que, por algum motivo, pode estar em desacordo com ela. (PAIM *et al.*, 2015).

Para aqueles que haviam lido a Convenção, promulgada por meio do Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, poucas pessoas ficaram surpresas com as mudanças e novidades que foram anunciadas. No entanto, não podemos eliminar o LBI, pois isso seria injusto. Isso porque a LBI conseguiu reunir uma série de ideias que antes estavam espalhadas por vários diplomas legislativos, dando ao ordenamento jurídico uma abordagem mais consistente. (BRASIL, 2009).

De acordo com o Artigo 24 da Convenção, a educação inclusiva é um direito fundamental das pessoas com deficiência, e os Estados são obrigados a garanti-la em todos os níveis, a fim de promover o desenvolvimento do potencial, da personalidade e da criatividade

das pessoas com deficiência, bem como de sua participação efetiva em uma sociedade livre. (BRASIL, 1989).

De acordo com a Lei nº 7.853/89, a educação especial passou a ser uma modalidade de ensino escolar que se estende à educação infantil, primeiro e segundo graus, ensino supletivo, reabilitação profissional, e possui currículos, etapas e requisitos de graduação próprios. (BRASIL, 1989).

O artigo 2º da Lei nº 12.435/11 de que a assistência social tem por finalidade, além de muitas outras, reabilitação de pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária. (BRASIL, 2011).

No âmbito da saúde, temos atualmente a Resolução Normativa nº 428, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde. A resolução foi lançada em 2017 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Por exigir em seu artigo 25 que a comunicação de alterações nos planos de saúde seja feita de forma clara e acessível, ela tem tudo a ver com acessibilidade. Ou seja, os planos de saúde devem ter sites acessíveis e outros canais de comunicação. (ANS, 2017).

3.4 Inclusão social

De acordo com o artigo 3º, da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência, toda pessoa tem o direito de participar da sociedade, viver em paz com outras pessoas e desenvolver adequadamente suas atividades diárias. A vida social deve desenvolver-se sem barreiras e obstáculos, permitindo que todos incluindo aqueles com mobilidade reduzida e deficientes, desfrutem do seu sucesso. As pessoas têm direito a um ambiente acessível, e o governo é responsável por promover a acessibilidade para que todos possam ser plenamente incluídos na sociedade (ONU, 2009).

Por outro lado, a igualdade é um valor ao qual a constituição dá grande ênfase. Aplica-se não apenas em seu sentido puramente formal, que determina que todos devem ser tratados de forma igualitária diante de determinado comando legal, mas também, e principalmente, em seu sentido substantivo, que exige que o ordenamento jurídico identifique aqueles que se encontram em situações que são dissimilares uns dos outros e lhes dão um tratamento diferenciado dos demais de forma proporcional à dissimilaridade observada. Assim, a igualdade é uma diretriz dirigida não apenas ao aplicador da lei, mas também, e principalmente, ao legislador como fala o Celso Antônio Bandeira de Mello (2011, p. 9).

Segundo Azevedo e Barros (2004), inclusão é o movimento contínuo em direção à igualdade de oportunidades e condições, a fim de evitar diversas situações que envolvam privacidade. Esta definição pode ser vista como bastante restritiva porque a inclusão não pode ser limitada a apenas uma característica social. Segundo os autores citados, a inclusão é definida como o oposto da exclusão.

Já, o modelo biomédico está ligado ao paradigma da integração social, na medida em que a pessoa com deficiência deve superar as suas próprias limitações e demonstrar que é capaz de se adaptar a uma situação caracterizada por limites físicos e psicológicos (BORTMAN et al., 2016, p, 11).

O paradigma da inclusão social, por outro lado, está ligado à ideia de um ambiente que é total e incondicionalmente concebido a pensar em todos. Implica transformar a sociedade num lugar onde pessoas de todos os tipos e condições possam viver juntas, ao mesmo tempo que protegem os seus direitos, necessidades básicas e potencial. Esta premissa está relacionada com o modelo social na medida em que exige uma nova compreensão dos sistemas sociais, atitudes, bens e tecnologias em todas as suas facetas, incluindo trabalho, lazer, saúde e educação e entre outros (SASSAKI, 2017).

Dado que a deficiência é uma construção social, ou, mais especificamente, um processo de interação humana coletiva que leva à formação do sujeito, pode-se compreender o que significa para as pessoas com deficiência simplesmente mudarem o foco dos aspectos funcionais para um aspecto mais abrangente. compreensão do assunto. É inevitavelmente necessário desconstruir um paradigma de transformação social que enfatize as características biológicas e mudar o foco para o contexto social e as barreiras que frustram os objetivos desses indivíduos (CIPRIANO, 2019).

3.5 Construções públicas no Rio Grande do Norte

Obra pública é uma obra realizada em benefício geral para a comunidade, onde ela pode ser contratada por um órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta, estadual ou municipal, federal e financiada por recursos públicos compreendendo a construção, recuperação, reformas, fabricação ou ampliação de um bem público (BRASIL, 1993).

As obras públicas também promovem a noção de participação do Estado, mesmo quando realizadas em colaboração com entidades privadas. Hoje, o envolvimento do Estado na execução de projetos limita-se principalmente à contratação, ocasionalmente, à direção ou

organização dos mesmos. Assim, a regra é a modalidade indireta de execução, em que a administração pública promove uma licitação para a celebração de contrato com terceiro para execução de obra pública (GOMES, 2007).

O estado fundamenta-se no interesse público, que pode ser traduzido como o interesse da coletividade, e parte da ideia de que a licitação, instrumento oficial do estado para efetivar a aquisição de bens e serviços, atenderá às necessidades da sociedade (DERANI, 2008).

A lei, de acordo com seu artigo 7º, “as licitações para execução de obras e prestação de serviços observarão o disposto neste artigo, em especial, a seguinte sequência: Execução de empreendimentos; fornecimento de bens e serviços (Brasil, 2008).

Isso demonstra uma contradição com a proposta de Gomes de 2007. Enquanto a Lei 8.666 de 1993 menciona a exigência de elaboração e aprovação do projeto básico, bem como a elaboração e aprovação do projeto executivo antes do início da obra, o autor demonstra que a maioria de problemas com obras públicas ocorrem durante a fase de "concepção e projeto".

Há pelo menos 304 projetos públicos com recursos federais parados e inacabados no Rio Grande do Norte. Segundo dados do Painel de Obras Paralisadas do TCU, há cerca de 8 milhões de obras na mesma situação em todo o país (GLOBO, 2022)

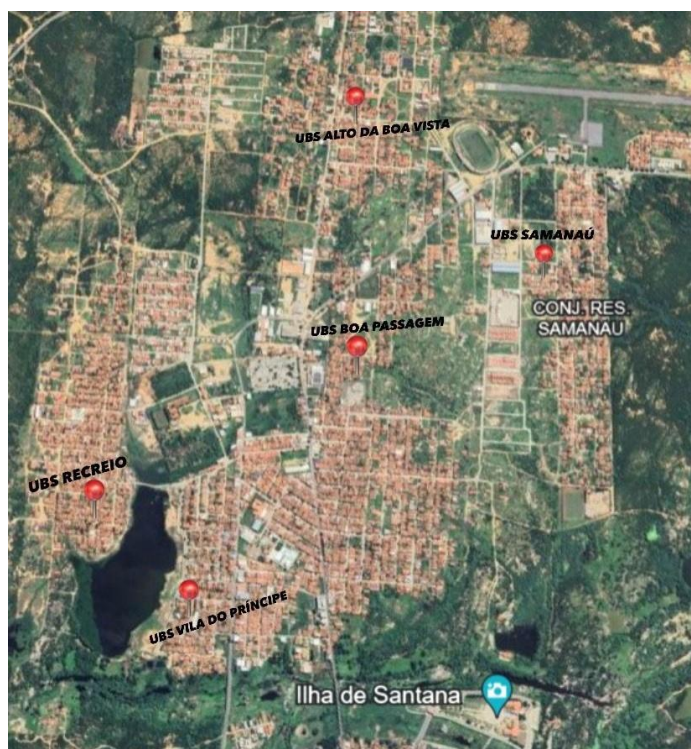
Com base em dados de fontes do TCU, o Rio Grande do Norte registrou 814 projetos de obras públicas com financiamento federal em 2022, dos quais foram incluídos mais de 300 projetos (GLOBO, 2022).

4. METODOLOGIA

4.1 Identificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS)

O trabalho foi realizado em Unidades Básicas de Saúde, localizadas na zona norte de Caicó-RN que são elas: UBS Vila do Príncipe, UBS Recreio, UBS Boa Passagem, UBS Alto da Boa Vista e UBS Samanaú. Na figura abaixo mostra a localização das UBS que foram visitadas.

Figura 2 - Localização das Unidades Básicas de Saúde da zona norte de Caicó-RN



Fonte: Google Earth (2023)

4.2 Construção do checklist

Após as visitas e finalização deste trabalho, cada ponto foi listado por meio de um checklist em uma matriz de comparação entre os dados paramétricos disponíveis na ABNT NBR 9050/2020 e os dados reais descobertos no local, onde foi analisado o local de acordo com os itens, fazendo medições e relatório fotográfico, cada item apresenta uma compatibilidade de acordo com a norma que rege a acessibilidade, visando a melhoria para os locais que não demonstram serem acessíveis de acordo com a norma, tendo em consideração, que as unidades básicas de saúde seja um local adequado para todos, infelizmente a unidade básica do Recreio estava passando por reformas e por isso não pode ser analisada.

Figura 3 – Checklist utilizado

CHECK LIST DE ACESSIBILIDADE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE						
ITEM NBR 9050/2020	QUESTIONÁRIO	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5
4.3.2	Largura para transposição de obstáculos isolados. A largura mínima necessária para a transposição de obstáculo isolado com extensão de no máximo 0,40 m deve ser de 0,80 m. Quando o obstáculo isolado tiver uma extensão acima de 0,40 m, a largura mínima deve ser de 0,90 m.					X
4.6	O mictório possui barras fixadas na vertical de 0,70m, em ambos os lados?					X
4.6	Essas barras são paralelas e distantes 0,60m uma da outra e na altura de 0,75m do piso?					X
4.6	Os acessórios do sanitário estão localizados a uma altura entre 0,80m e 1,00m em relação ao piso?					X
4.6.6.1	A maçaneta ou trinco da porta do sanitário ou do box para bacia sanitária é do tipo alavanca?					X
5.2.9	A identificação na parede é de forma escrita e tátil com o braille?					X
5.4	identificação da porta é de forma pictórica?					X
5.6.4.1	Deve ser instalado dispositivo de alarme de emergência próximo à bacia, no box do chuveiro e na banheira para acionamento por uma pessoa sentada ou em caso de queda nos sanitários, banheiros e vestiários acessíveis.					X
6.3.2	O piso dos sanitários é antiderrapante?					X
6.6.4	Os patamares no início e no término das rampas devem ter dimensão longitudinal mínima de 1,20 m.					X
6.9.3.2	Os corrimãos devem ser instalados em rampas e escadas em ambos os lados, a 0,92 m e a 0,70 m do piso.					X
6.11.1	Os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, assegurando uma faixa livre de barreiras ou obstáculos. 0,90 m para corredores de uso comum com extensão até 4,00 m. 1,20 m para corredores de uso comum com extensão até 10,00.					X
6.11.2	A forma de abertura da porta e distribuição de aparelhos nos banheiros e lavabos permite a utilização por um usuário em cadeira de rodas?					X
6.11.2	A porta do sanitário ou do box para bacia sanitária tem barra horizontal para facilitar seu fechamento?					X
6.11.2	A porta do sanitário ou do box para bacia sanitária está disposta de maneira a permitir sua completa abertura?					X
6.11.2.6	Há um revestimento resistente a impactos na parte inferior das portas, de altura de 0,40m, a partir do piso?					X
6.11.2.7	A cor do piso, das paredes e dos equipamentos é diferente?					X
7.3.1	O sanitário está localizado em lugar acessível?					X
7.3.1	O sanitário está localizado próximo à circulação principal?					X
7.4.4	Existem bacias sanitárias para uso de pessoas com baixa estatura e de crianças?					X
7.5	Há área livre de 0,80m de largura por 1,20m de comprimento para transferência lateral, perpendicular e diagonal ao vaso sanitário?					X
7.5	O lavatório está fixado a uma altura entre 0,78m e 0,80cm em relação ao piso?					X
7.7.2.1	A bacia sanitária está a uma altura entre 0,43m e 0,45m do piso, medido a partir da borda superior sem assento?					X
7.7.2.1	No caso de bacia com caixa acoplada, há barra na parede do fundo, de forma a evitar que a caixa seja usada como apoio?					X
7.7.2.2	As barras de apoio da bacia sanitária têm comprimento mínimo de 0,80m?					X

7.7.3	O acionamento da descarga tem do seu eixo 1,0m do piso acabado?					X
7.8	Há uma área livre de aproximação do lavatório com dimensões de 1,20m x 0,80m frontal ao lavatório?					X
7.8.1	Há barras de apoio instaladas junto ao lavatório, na altura do mesmo?					X
7.8.2	As torneiras do lavatório são de alavanca, monocomando ou acionadas por dispositivos equivalentes?					X
7.10.1	Os boxes para bacia sanitária têm dimensões mínimas 1,50m x 1,70m?					X
7.10.3	há uma altura livre de 0,73m sob o lavatório?					X
7.11.2	A papeleira é alinhada ao final da bacia, com altura inferior de 1,00m?					X
7.14.1.2	A porta do banheiro acessível abre para fora?					X
8.5.1.2	Deve-se instalar bebedouros com no mínimo duas alturas diferentes de bica, sendo uma de 0,90 m e outra entre 1,00 m e 1,10 m em relação ao piso acabado.					X
9.2.1.4	Balcões de atendimento acessíveis devem possuir superfície com largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,75 m a 0,85 m do piso acabado, assegurando-se largura livre mínima sob a superfície de 0,80 m.					X
10.10.2	Pelo menos uma das salas, para cada tipo de serviço prestado, deve ser acessível e estar em rota acessível.					X

LEGENDA:

■ SIM ■ EM PARTE
■ NÃO

Fonte: Autoria própria (2023)

4.3 Averiguação das UBS

As unidades básicas de saúde, foram analisadas de forma, como base o checklist, de autoria própria, com base nos itens da NBR 9050/2020, e a mesma regulamenta aspectos de acessibilidade que devem ser observados nas construções urbanas, as Unidades Básicas de Saúde, estão bem localizadas, tendo em vista que cada uma delas atende ao seu bairro em específico, já em termos de acessibilidade, todas elas apresentam problemas, conforme apresentado no checklist.

4.4 Identificação dos problemas por medições nos ambientes

Foi feito medições nos ambientes que estavam presentes em cada itens do checklist, afim de notar as irregularidades que se apresentava nas unidades básicas de saúde em relação a elas serem acessíveis ou não, conforme a norma regulamentadora NBR 9050/2020, também para trazer melhorias, visto que, as unidades básicas de saúde, na maioria delas se apresentam irregulares, principalmente para a população que têm mobilidade reduzida, portanto a identificação desses problemas é para trazer benefícios para a população, já que se trata de uma obra pública, fazendo com que se torne um local acessível para todos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 UBS 01

Na Unidade Básica de Saúde 01, foi observado que os guarda-corpos foram instalados em uma só parte da rampa que se apresenta na entrada da unidade, conforme a norma 9050/2020 em rampas e escadas devem ser instalados em ambos os lados, em duas alturas em relação a inclinação do piso da rampa sendo um com 0,92 m e o outro de 0,70 m.

Lembrando também da instalação do piso tátil, que ver na figura 4 que só se apresenta em uma das partes da rampa, para facilitar aquelas pessoas que apresentam deficiências visuais.

Figura 4 - Antes e depois conforme a norma 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

Outro local que apresentava irregularidade, era o banheiro, como mostra na figura 5, pois além de não apresentar barra na porta para facilitar a abertura e fechadura dela, não apresentava nenhum tipo de dispositivo de alarme caso uma pessoa apresente deficiência sofrer algum tipo de acidente no banheiro utilizar o mesmo para pedir socorro.

Figura 5 - Antes e depois do banheiro conforme a norma 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

Isso sem contar que fazendo as medições do lavatório, foi constatado que o mesmo apresentava uma altura de 0,90 m como mostra na figura 6 e isto por norma estaria errado, a altura de lavatório segundo a norma 9050/2020 deve ser de no máximo 0,80 m de altura em relação ao piso do banheiro, pois o cadeirante precisa encaixar suas pernas embaixo do lavatório quando for utilizá-lo.

Figura 6 - Lavatório instalado de forma irregular



Fonte: Autoria própria (2023)

Além disso, foi notado que por medição o banheiro não apresentava as dimensões mínimas estabilizadas pela norma 9050/2020 que são de 1,50 m por 1,70 m. O espaço de circulação ele precisa ser maior, pois precisa acomodar a pessoa e seu acompanhante, quando necessário, além de proporcionar independência para a pessoa com deficiência ou portadora de necessidades especiais. Como mostra na figura 7, o real tamanho que o banheiro para pessoas com deficiência apresentava 1,60 m x 1,60 m.

Figura 7 - Dimensões do banheiro



Fonte: Autoria própria (2023)

Já a sala de atendimento se encontra acessível, como mostra na figura 8, pois apresenta uma largura de circulação maior que 0,90 m e tinha uma área frontal maior que 1,50 m, fazendo com o qual tenha um espaço para o cadeirante fazer o giro de 360 graus dentro do ambiente.

Figura 8 - Dimensões da sala de atendimento



Fonte: Autoria própria (2023)

5.2 UBS 02

Perante a Unidade Básica de Saúde 02, logo de início encontramos essa primeira rampa sem nenhum tipo de guarda-corpo presente, prejudicando a mobilidade das pessoas com deficiências e até mesmos dos idosos, lembrando que a norma 9050/2020, recomenda-se que em rampas íngremes se tenha guarda-corpos nos dois lados da rampa, afim de evitar algum tipo de acidente e fazendo com que se torne um local acessível não só para cadeirantes ou para pessoas que apresenta algum tipo de deficiência, mas também visando até mesmo a segurança dos idosos. Assim, ficando viável a colocação dos guardas corpos na rampa de acesso a unidade como mostra na figura 9 abaixo.

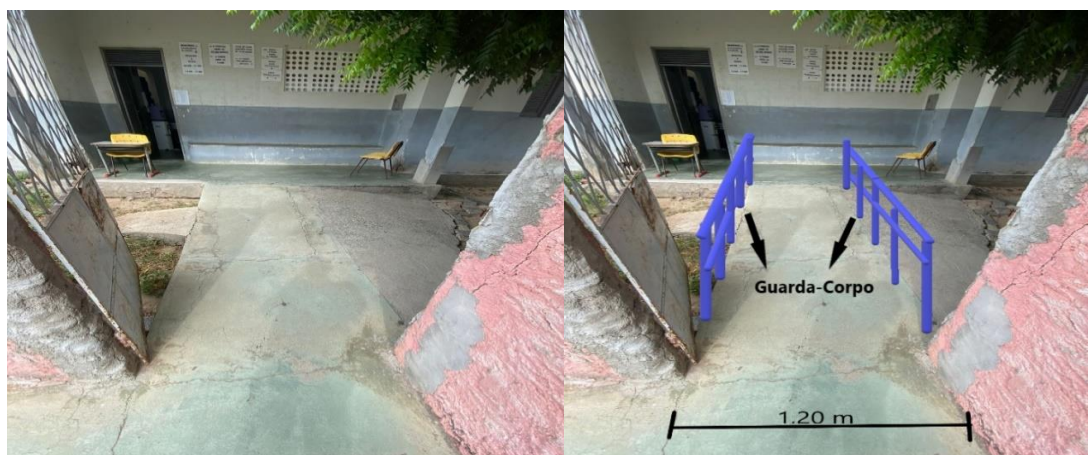
Figura 9 - Antes e depois da rampa de acesso para a unidade básica de saúde



Fonte: Autoria própria (2023)

Adentrando mais a frente, foi percebido que essa outra rampa, onde se encontrava sem nenhum guarda corpo novamente e sem nenhum auxílio para fazer esse trajeto, fazendo-se ser colocado o uso de guarda-corpo durante o trajeto dessas rampas de acordo com a norma 9050/2020, como mostra a figura 10. Lembrando também, que em início e final de rampas, os patamares devem apresentar uma largura de no mínimo 1,20 m, onde foi averiguado através de medição se realmente, o patamar de início da rampa apresentava a largura mínima exigida por norma e com isso ela apresentava a largura de 1,20 m.

Figura 10 - Antes e depois do trajeto da rampa

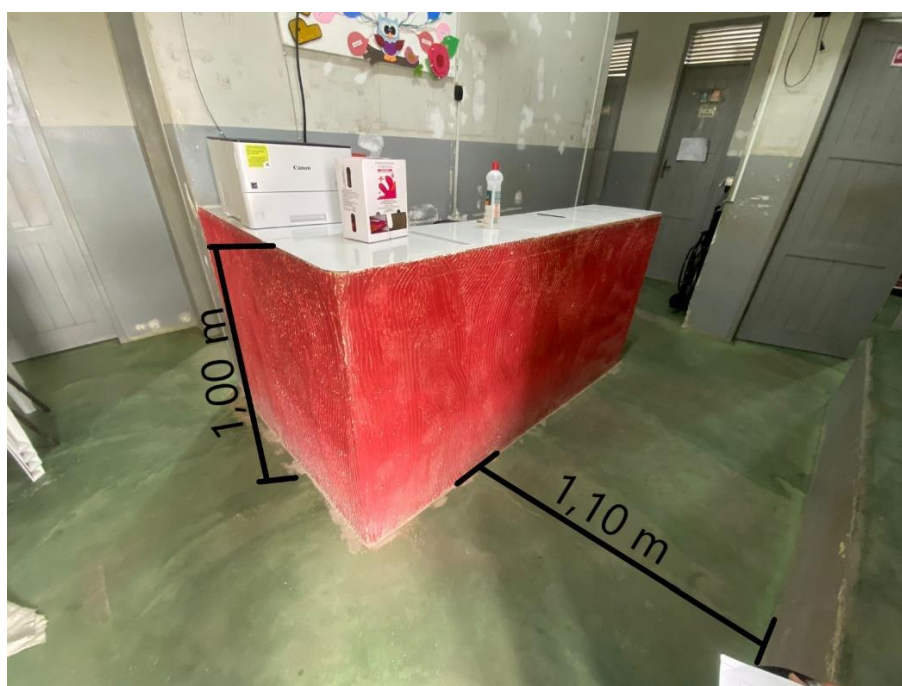


Fonte: Autoria própria (2023)

Está previsto na norma 9050/2020, os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo do local, assegurando uma faixa livre de barreiras e obstáculos. Como o corredor da unidade de saúde 02, apresentava uma extensão de apenas 3,50 m e largura de 1,10 m

estaria acessível para cadeirantes, do jeito que apresenta na figura 11 abaixo. Pois de acordo com a norma, corredores de uso comum com extensão mínima de até 4,0 m e largura mínima de 0,90 m se dá conta que ocorra o fluxo confortável de cadeirantes. Porém, o balcão não atendia o requisito mínimo de altura do mesmo, de acordo com a norma, pois apresentava uma altura de 1,0 m e segundo a norma os balcões de atendimentos devem possuir uma altura mínima entre 0,75 m á 0,85 m do piso acabado, fazendo com que desse a inclusão a essas pessoas cadeirantes.

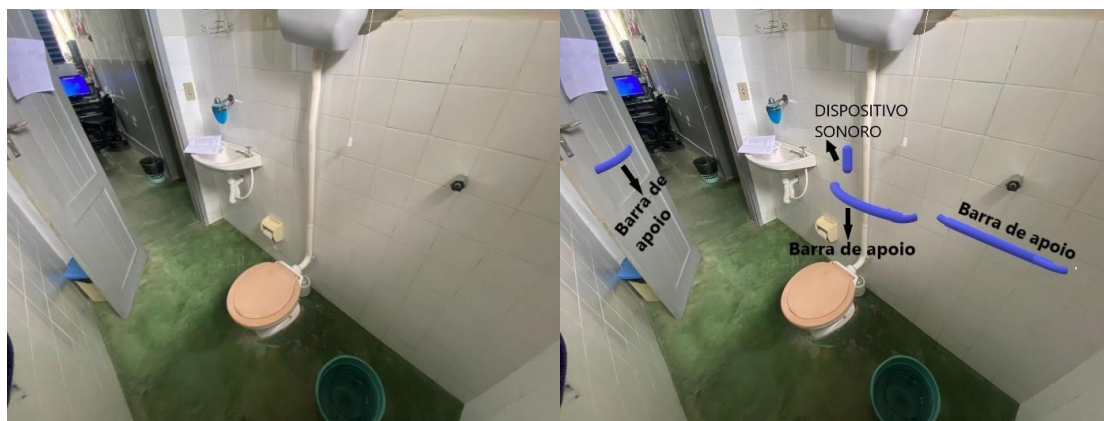
Figura 11 - Medições do balcão de atendimento e do corredor principal



Fonte: Autoria própria (2023)

Na parte do banheiro não apresentava nada ser acessível, visto que logo na entrada do banheiro, não possuía barras na porta, para facilitar na abertura da porta para aquelas pessoas que apresentam alguma necessidade especial. Não apresentava o dispositivo sonoro também, já que é um item essencial caso aconteça alguma emergência, como mostra na figura 12 abaixo.

Figura 12 - Antes e depois conforme a norma ABNT 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

Outro ponto negativo, é a falta de barras de apoio ao longo do banheiro como mostra na figura 13, impossibilitando que aquela pessoa, que apresenta alguma mobilidade reduzida, tenha mais autonomia para utilização do banheiro, evitando assim a locomoção por todo o local, principalmente as barras para os boxes, visto que é um lugar escorregadiço, e se requer mais atenção na hora do banho.

Sem contar que o lavatório apresentava uma altura de 0,90 m, impossibilitando o uso para os cadeirantes, já que por norma deve ter uma altura máxima permitida de 0,80 m de altura, para facilitar o uso pelo cadeirante.

Figura 13 - Antes e depois da colocação de barras de apoio ao longo do banheiro



Fonte: Autoria própria (2023)

Já a sala de atendimento era bem ampla, tornando-se acessível para aqueles que apresentam alguma mobilidade reduzida, facilitando a locomoção dos mesmos, pois apresentava uma largura de 2,20 m e um comprimento de 3,20 m, assim tendo espaço para o cadeirante e seu acompanhante se movimentarem por dentro da sala, como mostra na figura 14.

Figura 14 - Dimensão da sala de atendimento



Fonte: Autoria própria (2023)

5.3 UBS 03

Na Unidade Básica de Saúde 03, essa rampa, como mostra a figura 15, sem nenhum auxílio de guarda-corpo, lembrando que esse equipamento é obrigatório, não só por norma, mas também para garantir a maior segurança para locais elevados, criando uma barreira que impede que alguém venha a cair, desse elevado local.

Figura 15 - Antes e depois de acordo com a norma 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

O balcão de atendimento, possuía uma altura razoável, como mostra na figura 16 abaixo, já que por norma os balcões de atendimento devem possuir superfície com largura de 0,90 m e altura entre 0,75 m a 0,85 m do piso acabado, para garantir que o cadeirante tenha acesso ao balcão. Outro ponto a ser notado, foi a inexistência do piso tátil ao longo da unidade básica de saúde do Samanaú, fazendo com que aquelas pessoas que apresenta deficiência visual ou baixa visão, tenha dificuldades de se locomover sem nenhum acompanhamento.

Figura 16 - Altura do balcão de atendimento



Fonte: Autoria própria (2023)

Outro ponto bastante interessante, é em relação ao piso de toda a Unidade Básica de Saúde 03, pois é um piso irregular para as pessoas que apresentam algum tipo de mobilidade reduzida, já que deveria ser utilizados pisos regulares, antiderrapantes e estáveis. Já o corredor, se apresentava acessível, como aparece na figura 17, além de ter uma extensão igual a 3,45 m, apresentava também uma largura de 1,0 m. Por norma os corredores de uso comum com extensão de até 4,0 m devem apresentar uma largura mínima de 0,90 m.

Figura 17 - Dimensão do corredor da unidade



Fonte: Autoria própria (2023)

Em relação ao banheiro, onde não se apresentava acessível, visto que a porta abria para dentro e também a largura da porta se apresentava com apenas 0,60 m, já que por norma deve ter no mínimo 0,80 m para permitir a entrada e saída de cadeirantes. Além de não possuir barras de apoio nela, afim de facilitar a abertura e fechamento da mesma, como também a maçaneta dela, que se encontrava sem ser de alavanca, assim tornando inviável a abertura da mesma, para aquelas pessoas que apresentam mobilidade reduzida, como mostra na figura 18.

Figura 18 - Antes e depois de porta do banheiro como define a norma 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

O lavatório que se encontrava no banheiro, possuía uma altura de 0,80 m, onde se encontrava acessível, pois, de acordo com a norma o lavatório deve se encontrar a uma altura entre 0,75 m á 0,80 m. O problema se encontrava junto ao lavatório, pois não apresentava as barras de apoio, para facilitar no uso do mesmo, como mostra na figura 19.

Figura 19 - Antes e depois de um lavatório acessível



Fonte: Autoria própria (2023)

Dando continuidade, mais à frente no box, não se encontrava as barras de apoio junto ao chuveiro, como mostra a figura 20, lembrando que as barras de apoio é um item obrigatório por norma, já que seu uso é importante para facilitar o deficiência na hora do banho ou até mesmo promovendo conforto, autonomia e segurança aos usuários na hora de usar o banheiro.

Outro problema encontrado no banheiro, foi a largura do mesmo, que não cumpria com o exigido por norma, pois só apresentava 2,15 m de comprimento por 1,37 m de largura. Pois, segundo a norma, os banheiros devem apresentar no mínimo um comprimento de 1,70 m e uma largura de 1,50 m, a fim de que o cadeirante tenha espaço para a utilização do ambiente.

Figura 20 - Antes e depois do box conforme a norma 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

Em uma das salas de atendimento da unidade básica de saúde, realizado a medição, onde foi constatada que a sala apresentava uma dimensão de 2,80 m de comprimento por 2,15 m de largura, como mostra na figura 21 abaixo, nesse sentido, a sala era acessível, pois por norma elas devem apresentar as seguintes dimensões mínimas, que seriam 1,50 m frontal por 0,90 m de largura, para facilitar o cadeirante e seu acompanhante se locomover pela a sala.

Figura 21 - Medição feita na sala de atendimento da Unidade Básica de Saúde 03



Fonte: Autoria própria (2023)

5.4 UBS 04

A princípio, logo na entrada da UBS, se encontrava uma rampa sem qualquer tipo de guarda-corpo nela, fazendo com que aquela pessoa que apresenta algum tipo de deficiência, tenha dificuldades na hora de acessar a rampa, lembrando que por norma, as rampas devem apresentar guarda-corpos nos dois lados da mesma, como mostra a figura 22 abaixo.

Figura 22 - Antes e depois da rampa conforme a norma 9050/2020

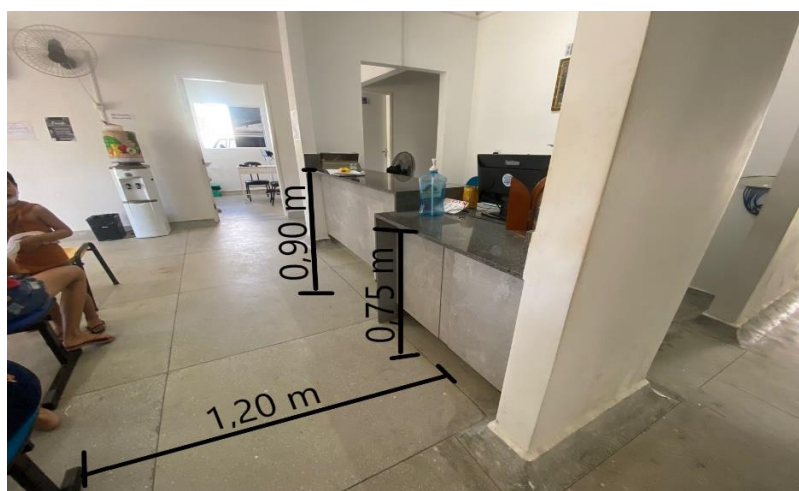


Fonte: Autoria própria (2023)

Na Unidade Básica de Saúde 04, bem como está previsto na norma, foi averiguado a medição do balcão de atendimento, onde se encontrava acessível, pois apresentava uma altura de 0,75 m, conforme pede a norma 9050/2020. Desde já, foi a única UBS que apresentou uma

altura de balcões diferentes, tanto para pessoas que não apresentam nenhum tipo de deficiências, assim também, para aquelas que apresentam alguma mobilidade reduzida, como mostra na figura 23 abaixo. Além disso, os corredores da unidade apresentavam uma dimensão de 3,70 m longitudinal e uma largura de 1,20 m, facilitando assim, para o cadeirante e seu acompanhante circularem tranquilamente pela unidade.

Figura 23 - Dimensões do balcão de atendimento e largura do corredor para as salas de atendimentos



Fonte: Autoria própria (2023)

Por outro lado, chegando no banheiro dos PCD, salienta-se que na porta do banheiro, não se encontrava as barras de apoio, como apresenta na figura 24, para facilitar os mesmos de abrirem e fecharem a porta, como pede na norma 9050/2020.

Figura 24 - Antes e depois da porta incluindo a barra de apoio



Fonte: Autoria própria (2023)

No banheiro, as barras de apoio junto ao lavatório não se encontravam como é exigido por norma, além da altura de 0,90 m, que se encontrava fora dos padrões da norma que são exigidas entre 0,78 m a 0,80 m, e a falta da barra de apoio acima do vaso sanitário. Por outro lado, as dimensões do banheiro se apresentavam nos padrões que se pede na norma com um comprimento de 1,86 m por 1,69 m de largura, facilitando o uso do banheiro, para as pessoas que apresentam alguma mobilidade reduzida, como mostra na figura 25 abaixo. Por mais que se apresenta duas barras de apoio, ao longo do banheiro, não era suficientes para que uma pessoa deficiente, se sentisse seguro ao usar aquele banheiro.

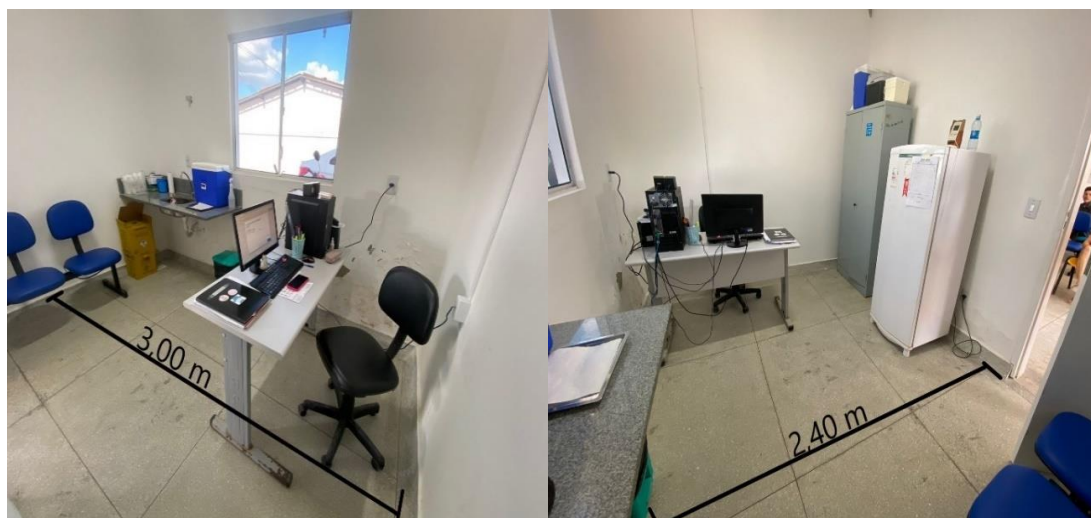
Figura 25 – Antes e depois Banheiro exigido de acordo com a norma 9050/2020



Fonte: Autoria própria (2023)

Em uma das salas de atendimentos, foi constatado por medição que a sala apresentava um comprimento de 3,00 m e largura de 2,40 m, dessa forma, a sala se encontrava dentro dos padrões exigidos pela norma 9050/2020, onde se diz que pelo menos uma das salas de atendimento, apresente um comprimento de no mínimo 1,50 m e uma largura mínima de 0,80 m, fazendo com que o cadeirante e o seu acompanhante tenham uma faixa livre para circular na sala, como mostra na figura 26.

Figura 26 - Dimensões de largura e comprimento da sala de atendimento da Unidade Básica de Saúde



Fonte: Autoria própria (2023)

Desta maneira, em virtude que essa Unidade Básica de Saúde, tenha passado por reformas recentemente, ficou faltando a desejar, principalmente no banheiro, onde se encontrava apenas duas barras de apoio, como também os guarda-corpos na entrada da unidade. Por outro lado, foi a unidade que mais se apresentava acessível, dentro de todas as unidades básicas de saúde da zona norte de Caicó-RN. Lembrando, que é de extrema importância a necessidade da inclusão dos PCD, não só em unidades básicas de saúde, mas como um todo, desde as calçadas até os prédios e casas, onde os PCDs residem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos expostos resultados, podemos analisar que o poder público, deve urgentemente implementar nas suas obras públicas, principalmente em UBS a NBR 9050/2020, afim de garantir um ambiente que gere total inclusão social, visto que diante dos resultados apresentados nos itens que se encontra no checklist, nota-se muito mais aspectos negativos do que positivos, perante a norma.

Assim sendo, em consideração aos resultados obtidos, dado que as UBS 02 e 03, devem apresentar o mais rápido possível reformas na mesma, visto que as mesmas ficam impossibilitadas de receber os PCDs, pois são as que menos apresentam itens de acordo com a norma.

Desse modo, os banheiros das Unidades Básicas de Saúde, foi o ambiente onde apresentou o maior índice de itens que não estavam de acordo com a NBR 9050/2020, levando em conta que o banheiro acessível é de extrema importância, além de apresentar inúmeras vantagens, como fornece um local adequado para uma série de necessidades e ajudar as pessoas, sejam elas crianças, idosos ou pessoas com deficiência a se movimentarem com segurança.

Conclui-se que, devem ser implementados fiscais severos, para que haja a fiscalização como rege a norma 9050/2020, não só na execução dessas obras públicas, mas também na elaboração dos projetos das mesmas. Afim de ter uma aplicação, onde essas obras devem estar devidamente estruturadas e por isso deve ser dotada de todos os meios acessíveis, como rampas, banheiros acessíveis, pisos diferenciados e demais medidas de acessibilidade, assim melhorando a circulação e a inclusão dos PCDs nas dependências dos ambientes.

Portanto, uma pessoa com deficiência tem o direito de viver num ambiente onde possa desenvolver as suas competências independentemente dos outros, promovendo a sua autonomia e independência. É responsabilidade do Estado garantir este bem-estar, particularmente através da formulação e implementação de políticas públicas que são desenvolvidas com o apoio do público em geral, bem como daqueles que enfrentam os desafios de viver numa área sem infraestruturas suficientes, fazendo que através de um diálogo contínuo com estes indivíduos é que o nosso país será realmente inclusivo.

REFERÊNCIAS

- A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência tem hierarquia normativa de uma emenda constitucional, e, portanto, deve ser entendida como se fosse uma norma constitucional, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 5º, da Constituição Federal. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2009-set-18/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-status-ec>. Acesso em: 22 de agosto. 2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Normativa Nº 428, 7 de novembro de 2017. Dispõe que comunicação das alterações dos planos de saúde seja feita de forma clara e acessível. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em: 09 de jun. 2023.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 182-194, Out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yfcw5Vwss3grcGStj6mx5Tz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 de mai. 2023.
- AMARAL, A. P. S.; REBOUÇAS, D. S. V.; SILVA, M. P.; VIEIRA, S. N. S. Acessibilidade nas unidades de saúde da família. Revista enfermagem UFPE online., Recife, 11(Supl. 11):4638-44, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231204/25204>. Acesso em: 26 de mai. 2023.
- AMARAL FLJS, HOLANDA CMA, QUIRINO MAB, NASCIMENTO JPS, NEVES RF, RIBEIRO KSQS, ALVES SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. Ciência Saúde Coleta. 2019; 17(7):1833-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5WwxrJ3K4VChb3QYkqVjGFp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 de mai. 2023.
- Amorim EG, Liberali R, Medeiros Neta OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. Holos. 2018; 1:224-36. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2018.5775>. Acesso em: 04 de jun. 2023.
- ARRUÉ EM, FERREIRA TG, PONTE AS, DELBONI MCC. Os Desafios No Cotidiano De Estudantes Universitários Com Deficiência: Barreiras Ou Facilitadores? Saúde (Santa Maria), maio/agosto, 2019; 45(2):1-13. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>. Acesso em: 28 de mai. 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2020.
- AZEVEDO, P. H.; BARROS, J. F. O nível de participação do Estado na gestão do esporte brasileiro como fator de inclusão social de pessoas portadoras de deficiência. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. Brasília, v. 12 n. 1 p. 77-84. Jan/Mar 2004.
- BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. O Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade. 3ª edição, 20ª tiragem. São Paulo: Malheiros Editores, 2011.
- BORTMAN, D.; LOCATELLI, G.; BANDINI, M.; REBELO, P. Equipes integradas para inclusão, acompanhamento e permanência das pessoas com deficiência no trabalho. Curitiba: ANAMT – Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2016. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/arquivos_diversos_18520161438447055475.pdf. Acesso em: 24 de agosto. 2023.

BOUSQUAT A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 23]; 33(8):e00037316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>. Acesso em: 24 de mai. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 out. 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm. Acesso em: 08 jun. 2023.

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). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 26 de mai. 2023.

BRASIL. Decreto Nº 6.949, de 25 agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 163, p. 3, 26 ago. 2009.

BRASIL. Lei Nº 7853. Brasília, 24 out. 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sua integração social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. Lei Nº 12435. Brasília, 06 jul. 2011. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. Lei Nº 10098. Brasília, 19 dez. 2004. Dispõe que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em: 09 de jun. 2023.

BRASIL, Lei Nº 8.666 de 1993. Lei de licitações e contratos. República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L8666cons.htm. Acesso em: 21 de agost. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2012, Brasília. Conselho de Saúde, Relatórios. Brasília: CNS, 1986. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. – (Série E. Legislação em Saúde).

CIPRIANO, C. D. C.; MONÇÃO, M. M. Acessibilidade ao portador de limitação física: aspectos externos e internos do ambiente hospitalar. Estação Científica (UNIFAP), Macapá, v. 3, n. 1, p. 01/17, jan./jun. 2019.

DAVID, JS. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface.2009;10(19):203-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100014>. Acesso em: 29 de mai. 2023.

DEVER, G.E.A., Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. São Paulo, 1988, apud OIKAWA L. T., Condições de acessibilidade a uma Unidade Básica de Saúde do Município de Botucatu SP. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98492/oikawa_lt_me_botfm.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 de jun. 2023.

DERANI, Cristiane. Exigência de qualificação de empresas com origem em vinculação a programas de qualidade, no processo de licitação. Disponível em: http://www2.cidades.gov.br/pbqp-h/download_doc.php. Acesso em: 21 de agosto. 2023.

ELALI, A. G. et al. Acessibilidade Psicológica: Eliminar barreiras “físicas” não é suficiente. In: PRADO, A. R. A. et al. (Org.). Desenho Universal: Caminhos da Acessibilidade no Brasil. São Paulo: Annablume Editora, 2010. p. 117-127.

Evangelho LS. Avaliação da acessibilidade e mobilidade arquitetônica em escolas de ensino fundamental de Viçosa - MG [dissertação]. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa; 2021. 174p.

GARCIA, V. G. As pessoas com deficiência na história do Brasil. 2011. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/pcd-brasil>>. Acesso em: 17 jun. 2023.

GIOVANELLA L., FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz Co, ed. Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2023.

Girondi JBR, Santos SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. gaúcha enfermagem. (Online) [periódico na internet] 2011 jun. 32 (2): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de mai. 2023.

Godoy A, Nunes CP, Reis DA, Hatem DS, Lorentz LN, Ferreira MJ. Cartilha da inclusão dos direitos da pessoa com deficiência. Belo Horizonte: PUC/MG; 2017. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/cartilha_inclusao_puc.pdf. Acesso em: 30 de mai. 2023.

GOMES, Rubens C. G. A postura das empresas construtoras de obras públicas da grande Florianópolis em relação ao PBQP-H. 2007. 173f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

HILGERT, Adriano Conttri, SLOB, Edna Márcia Grahl Brandalize. Acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde pública. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 04, Vol. 01, pp. 05-27. abril de 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/acessibilidade-de-pessoas>. Acesso em: 26 de mai. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio Grande do Norte, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Inclusão social da pessoa com deficiência: medidas que fazem a diferença. Rio de Janeiro: IBDD, 2008. 312 p.

Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. Int J Qual Health Care 2019; 15:289-99. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12930044/>. Acesso em 02 de jun. 2023.

Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013; 12:18. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>. Acesso em: 03 de jun. 2023.

LOPES MJM, SOARES JSF, BOHUSCH G. Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde. *Revista Baiana Enfermagem*, 2014; 28(1):4-12. Disponível em: <file:///C:/Users/pedro/Downloads/8496-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-35532-1-10-20140917.pdf>. Acesso em: 29 de mai. 2023.

LOUGHBOROUGH, W. A acessibilidade é um direito, não um privilégio. In: GIL, M. *Acessibilidade, Inclusão Social e Desenho Universal: Tudo a Ver*. 22/10/2006, 8 p. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com>>. Acesso em: 27 de mai. 2023.

MAIOR, I. Deficiência e diferenças. São Paulo: Café Filosófico, Instituto CPFL. Exibido em 19 jun. 2016. Disponível em: <http://tvcultura.com.br/videos/55947_deficiencia-e-diferencas-izabelmaior.html>. Acesso em: 17 de jun. 2023.

MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, e2017-0009, 2018.

MARTINS, K. P. et al. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Revista online de pesquisa cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1150-1155, out. Dez. 2018.

Medeiros, T. M., Costa, K.N.F.M., Costa, T.F., Martins, K.P., & Dantas, T.R.A. (2017). Health service accessibility for the visually impaired, *Rev. enfermagem. UERJ*. 25: e11424. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11424/22663>. Acesso em: 30 de mai. 2023.

Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira, MAS, Gil GB, Alcione BOC, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Rev. ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(11): 3047-3056. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bQzMpnPMsBqp6K36QGzyTgS>. Acesso em: 16 de jun. 2023.

Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial. Relatório mundial sobre a deficiência (World Report on Disability). Lexicus Serviços Linguísticos, tradutor. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 30 de mai. 2023.

Organização Mundial da Saúde. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2019. 21p.

PAIM, P. Estatuto da pessoa com deficiência: Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília: Senado Federal, 2015. Disponível em: <http://www.andislexia.org.br/Estatuto-dapessoa-com-deficiencia.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2023.

REINALDI. Acessibilidade para pessoas com deficiência visual como fator de inclusão digital. *Universidade Gestão e TI*. 2011; 1(2):35-61. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/gti/article/view/1292>. Acesso em: 29 de mai. 2023.

Robards F, Kang M, Usherwood T, Sanci L. How marginalized young people access, engage with, and navigate health-care systems in the digital age: systematic review. *J Adolesc Health*. 2018;62(4):365-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.018>. Acesso em: 04 de jun. 2023.

RN TEM ALTO ÍNDICE DE DEFICIÊNCIA: O Rio Grande do Norte é um dos Estados brasileiros com o maior índice de pessoas com um ou mais tipos de deficiência. *Tribuna do Norte*, 28 abril, 2012. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/rn-tem-alto-indice-de-deficiencia/218857>. Acesso em: 27 de agosto. 2023.

RN TEM 304 OBRAS PÚBLICAS COM RECURSOS FEDERAIS: Painel lançado pelo Tribunal de Contas aponta projetos executados por órgãos federais, estaduais e municipais que estão parados. Por Igor Jácome, g1 RN, 30 novembro, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2022/11/30/rn-tem-304-obras-publicas-com-recursos-federais-paralisadas-diz-tcu.ghtml>. Acesso em: 28 de agosto. 2023.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panam Saúde Pública*. 2012; 31(3): 260–268. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268>. Acesso em: 16 de jun. 2023.

SASSAKI, Romeu Kazumi (2017). *Inclusão - Construindo uma Sociedade para Todos*. WVA: Rio de Janeiro. Disponível em: <https://ead.uenf.br/moodle/pluginfile.php>. Acesso em: 02 de jun. 2023

SANTOS MLM, FERNANDES JM, VICENTE DP, SIMIONATTO J, SANCHES VS, SOUZA AS. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2019. *Epidêmico. Serv. Saúde [Internet]*. 2020; 29(2):e2018258. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n2/2237-9622-ess-29-02-e2018258.pdf>. Acesso em: 28 de maio. 2023.

SIQUEIRA FCV, FACHINNI LA, SILVEIRA DS, PICCINI RX, THUMÉ E, TOMASI E. Barreiras Arquitetônicas a idosos e portadores de deficiências física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência Saúde Colet*. 2009; 14(1):39-44.

Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência Saúde Colet*. 2014; 19(4):1283-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Acesso em: 4 de jun. 2023.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 09 de jun. 2023

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 494-500, dez. 2006.

WAGNER, LC. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. *Ciência em Movimento*. 2010; 12:55- 67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cmrs.v12n23p55-67>. Acesso em: 29 de mai. 2023.