



ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE TUBARÃO-SC

ANALYSIS OF ACCESSIBILITY IN HEALTH CENTERS IN TUBARÃO-SC

Mirian Meneghel¹, Natiéle Martignago¹, Kelsa de Souza Kock¹

¹Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL, campus Tubarão

RESUMO

Introdução: Conforme a NBR 9050 da ABNT, a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos e deve ser vivenciada por qualquer pessoa com mobilidade reduzida. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde. **Métodos e técnicas:** Pesquisa exploratória, transversal. A coleta de dados foi realizada em 27 UBS de Tubarão – SC. Inicialmente foi feito contato prévio com a Secretaria de Saúde do município para autorização da pesquisa e esclarecimentos sobre os procedimentos adotados. Foram analisados três itens: acesso principal à edificação, sanitários e circulação. **Resultados:** Os resultados demonstraram que, dentre os aspectos analisados, houve inadequações principalmente na inclinação da rampa de acesso, tipo de maçaneta da porta principal e indicação de acessibilidade, relacionadas ao acesso principal à edificação. Nos sanitários, foi verificada a ausência de exclusividade e indicação visual de acessibilidade, ausência de barras horizontais nos sanitários e inadequações no lavatório. Em relação a circulação, principalmente a ausência de corrimãos e área disponível para manobras com cadeira de rodas. **Considerações Finais:** Pode-se observar a existência de barreiras arquitetônicas ou a inexistência de dispositivos que auxiliam a locomoção de indivíduos com necessidades especiais nas UBS da cidade de Tubarão – SC.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Centros de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: According to NBR 9050 ABNT, accessibility is the possibility and condition of reach, insight and understanding for use with security and autonomy of buildings, space, furniture, urban equipment and elements and should be experienced by anyone with reduced mobility. The Basic Health Centers (BHC) should be the preferred contact of users with the Health System. **Methods and techniques:** Exploratory, cross-sectional study. Data collection was performed in 27 BHC of Tubarão-SC. Initially, it was made prior contact with the county Health Department for approval of research and clarification of the procedures adopted. It were analyzed three items: Main access to the building, toilets and circulation. **Results:** The results showed that among the aspects analyzed, there were inadequacies mainly in the slope of the ramp, type of main door

handle and indication of accessibility related to the main access to the building. In health, it was verified the absence of exclusivity and visual indication of accessibility, lack of horizontal bars in the toilets and inadequacies in the sink. Regarding the movement, especially the absence of handrails and area available for maneuvering with a wheelchair. **Final Thoughts:** It can be observed the existence of architectural barriers or lack of devices that support the mobility of individuals with special needs in UBS Tubarão - SC.

Key words: Health Services Accessibility. Health Centers. Public Health.

INTRODUÇÃO

Conforme a NBR 9050 da ABNT, a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos. A mesma ainda reforça que para ser acessível, deve ser vivenciada por qualquer pessoa com mobilidade reduzida¹.

Na conceituação adotada pelo manual da Organização Mundial de Saúde (OMS), deficiência expressa perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Exterioriza, portanto, um estado patológico, associado à ocorrência de anomalia ou defeitos na estruturação e funcionamento do organismo humano. Pode ser congênita ou adquirida, em que intervêm fatores de causação variados. E comporta graus distintos de intensidade, de leve a completa ou profunda, passando por moderada a grave².

Para o governo federal, conforme art. 3º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, considera-se: I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida³.

Contudo, a OMS agora tem duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a CID-10 e a CIF12. Na família de classificações internacionais da OMS, as condições ou estados de saúde propriamente ditos (doenças, distúrbios, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10, que fornece um modelo basicamente etiológico, embora tenha uma estrutura com diferentes eixos ou grandes linhas de construção, entre estes o etiológico, o anátomo-funcional, o anátomo-patológico, o clínico e o epidemiológico. A funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade. Essa última abrange: Funções do corpo – as funções fisiológicas ou psicológicas do corpo humano; Estrutura do corpo – as partes anatômicas do corpo humano, tais como órgãos, membros e seus componentes; Atividade – o desempenho individual de uma tarefa ou de uma ação; Limitações de atividades – as dificuldades individuais que podem existir no desempenho de atividades; Participação – o envolvimento individual nas situações de vida em relação às condições de saúde, funções e estrutura do corpo humano, atividades e outros fatores

contextuais; Restrições da participação – problemas individuais que podem existir para se incluir ou se envolver numa determinada situação de vida⁴.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica (eAB). Sendo a Atenção Básica à Saúde desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família eSF- e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da Família (NASF), pelas equipes dos Consultórios na Rua e as de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). Todas realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, uma vez que é a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁵.

A pesquisa de Vasconcelos⁶ realizada em um município do Ceará, aponta diversas irregularidades na estrutura das unidades básicas de saúde no tocante à acessibilidade. De forma geral, as condições de acesso ao prédio inviabilizam o livre trânsito de pessoas em cadeira de rodas, de usuários de muletas e com mobilidade reduzida. Em relação ao acesso às instalações sanitárias, faltam dispositivos que auxiliem indivíduos com limitações funcionais. Dessa forma, estabelecer condições de deslocamento urbano e acesso às edificações e instalações beneficia não somente um segmento da população, mas todos os habitantes.

A cidade de Tubarão, conforme censo realizado pelo IBGE em 2010, possui área de 307.755 Km², contando com 97.235 habitantes. Seus estabelecimentos de saúde pública municipais são apenas 31% (38), contrastando com Santa Catarina, com 43% (1904) e o Brasil, com 54% (49.753)⁷.

De acordo o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), Tubarão conta com 29 unidades básicas de saúde: UBS Bom Pastor, UBS Caic Paulo João Nascimento, UBS Campestre Argemiro Fermiano Sampaio, UBS Congonhas Manoel Rodrigues Fernandes, UBS Dehon, UBS Fabio Silva, UBS Guarda, UBS Humaitá Centro, UBS Km 60, UBS Km 63, UBS Mato Alto Thereza Rosik Gonçalves, UBS Monte Castelo, UBS Morro da Caixa, UBS Morrotes Idia João Rebello, UBS Oficinas I, UBS Oficinas II, UBS Passagem Marfiso Antônia Costa, UBS Recife Dr Nilo Bello, UBS Revoredo Emilio Agostinho Maccari, UBS Santo Antônio de Pádua, UBS São Brás, UBS São Cristóvão, UBS São João I, UBS São João II, UBS São Luiz Etelvina Boppre Philipe, UBS São Martinho I, UBS São Martinho II, UBS Sertão dos Corrêas José Francione de Freitas e UBS Vila Esperança Dra Dielly Cunha de Carvalho⁸.

Sabendo da necessidade da população no que se refere não só ao amparo à saúde, mas as condições de acesso à saúde, espera-se que a análise da acessibilidade nas UBS de Tubarão-SC possa servir de diagnóstico e possibilitar futuras estratégias de mudança nesses quesitos.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa exploratória, transversal. A coleta de dados foi realizada em 27 das 29 UBS de Tubarão – SC. Duas delas não foram avaliadas por estarem agregadas à estrutura de policlínica. Inicialmente foi feito contato prévio com a Secretaria de Saúde do município para autorização da pesquisa e esclarecimentos sobre os procedimentos adotados.

Foram analisados três itens: acesso principal à edificação, sanitários e circulação. Com o auxílio de uma trena, foi avaliada adequação dos seguintes subitens:

- Acesso principal à edificação:

1. rampa (presença da rampa, inclinação até 12,5%, largura de no mínimo 1,2 m e presença de piso antiderrapante);
2. patamar em frente à porta;
3. corrimão (diâmetro de 3 a 4,5 cm, altura entre 72 e 90 cm, distância da parede de no mínimo 4 cm, sem arestas vivas);
4. piso externo (superfície regular, estável e antiderrapante);
5. porta de acesso principal (abertura em um único movimento, maçaneta de alavanca, largura do vão livre de no mínimo 80 cm, altura mínima de 2,1 m);
6. indicação visual de acessibilidade;

- Sanitários:

1. sanitário destinado à acessibilidade (exclusivo, identificação visual);
2. bacia sanitária (altura do assento entre 43 e 46 cm, presença de barras horizontais com no máximo 75 cm de altura, 80 cm de comprimento e 50 cm distantes do vaso, válvula de descarga com altura de até 100 cm);
3. lavatório (altura entre 73 e 80 cm, comando da torneira automático, altura livre abaixo do lavatório de 25 cm);
4. piso (superfície regular, estável e antiderrapante);

- Circulação:

1. piso (regularidade da superfície, estabilidade);
2. áreas para circulação de cadeira de rodas (largura de no mínimo 90 cm, área para manobras de rotação de no mínimo 150 x 190 cm²);
3. corrimão (diâmetro de 3 a 4,5 cm, altura entre 72 e 90 cm, distância da parede de no mínimo 4 cm, sem arestas vivas);

4. portas (largura do vão livre de no mínimo 80 cm, altura mínima de 2,1 m);

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel e foram apresentados em frequências absoluta e percentual. A pesquisa recebeu financiamento para sua realização provindo dos recursos da bolsa de pesquisa do Art. 170 do Governo do Estado de Santa Catarina.

RESULTADOS

Foram avaliadas 27 UBS, destas 23 (85%) possuíam sedes próprias e 4 (15%) eram alugadas. Com relação aos itens analisados na edificação, 26 (96%) possuíam rampas e 1 (4%) não possuía. O corrimão estava presente em apenas 8 (30%) das UBS. A **tabela 1** demonstra a adequação dos itens presentes no acesso principal à edificação.

Tabela 1 – Acesso Principal à Edificação

	Adequado N(%)	Inadequado N(%)
RAMPA (n=26)		
Inclinação	15 (55)	11 (41)
Largura	25 (92)	1 (4)
Piso antiderrapante	26 (96)	0 (0)
Patamares	20 (74)	6 (22)
CORRIMÃO (n=8)		
Diâmetro	7 (26)	1 (4)
Arestas	8 (30)	0 (0)
Distância da parede	8 (30)	0 (0)
Altura	8 (30)	0 (0)
PISO EXTERNO (n=27)		
Superfície regular	24 (89)	3 (11)
PORTA DE ACESSO PRINCIPAL (n=27)		
Abertura	27 (100)	0 (0)
Maçaneta	20 (74)	7 (26)
Largura	25 (93)	2 (7)
Altura	27 (100)	0 (0)
INDICAÇÃO VISUAL DE ACESSIBILIDADE (n=27)	0 (0)	27 (100)

A tabela 2 apresenta a adequação da acessibilidade para os sanitários.

Tabela 2 – Sanitários

	Adequado N(%)	Inadequado N(%)
ACESSIBILIDADE (n=27)		
Exclusivo	6 (22)	21 (78)
Identificado	0 (0)	27 (100)
PISO (n=27)		
Superfície regular e antiderrapante	0 (0)	27 (100)
BACIA SANITÁRIA (n=27)		
Altura do assento	27 (100)	0 (0)
Barras horizontais	6 (22)	21 (78)
Altura da descarga	17 (63)	10 (37)
LAVATÓRIO (n=27)		
Altura	27 (100)	0 (0)
Coluna abaixo do lavatório	0 (0)	27 (100)
Comando automático da torneira	0 (0)	27 (100)

Nenhuma das UBS possuía corrimão nos corredores de circulação, portanto não pode ser avaliada sua adequação. A tabela 3 demonstra as características referentes à circulação das UBS.

Tabela 3 – Circulação

	Adequado N(%)	Inadequado N(%)
PISO (n=27)		
Superfície regular	27 (100)	0 (0)
CIRCULAÇÃO CADEIRA DE RODAS (n=27)		
Largura		
Manobras	4 (15)	23 (85)
	3 (11)	24 (89)
PORTAS (n=27)		
Largura	26 (96)	1 (4)
Altura	27 (100)	0 (0)

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que, dentre os aspectos analisados, houve inadequações principalmente na inclinação da rampa de acesso, tipo de maçaneta da porta principal e indicação de acessibilidade, relacionadas ao acesso principal à edificação. Nos sanitários, foi verificada a ausência de exclusividade e indicação visual de acessibilidade, ausência de barras horizontais nos

sanitários e inadequações no lavatório. Em se tratando da circulação, principalmente a ausência de corrimãos e área disponível para manobras com cadeira de rodas.

Da mesma forma, um estudo realizado no Ceará, com 12 Unidades Básicas de Saúde, demonstrou que os locais não dispunham de estacionamento privativo devidamente demarcado com o Símbolo Internacional de Acesso e corredores de circulação com indicativo para deslocamento. As unidades também não possuíam pisos antiderrapantes e com superfícies regulares, firmes, contínuas e estáveis. Poucos tinham banheiros destinados a deficientes físicos; e com sinalização indicando a localização das instalações sanitárias, e a metade disponibilizava banheiro para cada sexo. A fim de facilitar a transposição do usuário de cadeira de rodas às barras horizontais para apoio e auxílio, nenhuma unidade oferecia esse acessório em seus banheiros. Além disso, foram encontradas bacias sanitárias, dispositivos de descarga e lavatórios a uma altura superior à preconizada⁹.

Outro estudo realizado em São Paulo no ano de 2007, através de entrevista com pacientes portadores de alguma deficiência, relatou que só um décimo da população citou a presença de rampa em serviços ambulatoriais de fisioterapia e que quando havia rampa, não havia corrimão. Mendonça e Guerra¹⁰ relatam a ausência de rampas como fator que dificulta o uso dos serviços de saúde. Ausência ou inadequação de sanitários destinados às pessoas com deficiência foram relatadas em um estudo com 25 indivíduos portadores de alguma deficiência (visual, auditiva ou física) que utilizavam serviços de saúde¹¹.

Nascimento¹² realizou estudo observacional em uma Unidade Básica de Saúde do estado do Mato Grosso para verificar as condições de acessibilidade através de um questionário, seguindo as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Foi constatado que a UBS não possuía degraus e rampa com corrimão, pisos antiderrapantes e portas de vai-e-vem com visor; bebedouros e telefones estavam instalados inadequadamente; além disso, a UBS não dispunha de um banheiro específico para deficiência físico nem com passagem para cadeirante, piso antiderrapante e barra horizontal, o banheiro só estava adequado às normas em relação a altura da válvula de descarga e da bacia sanitária. A unidade possuía rampas de acesso, portas com largura adequada, ambientes sinalizados, não possuía áreas de circulação com obstáculos, balcões, mesas e assentos adequados.

Um estudo feito em 41 municípios do Brasil com mais de 100 mil habitantes, descreve as condições das unidades básicas de saúde (UBS), amostra aleatória de 240 UBS em relação às barreiras arquitetônicas, 59,8% dos prédios não eram adequados para o acesso, idosos e portadores de deficiência física, inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas foi verificada em 63% das UBS e, entre aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão. Os corrimãos também eram inexistentes em 95% dos corredores e em 91,7% dos degraus de acesso das UBS. Em 77,4% dos banheiros das UBS não existiam portas que garantissem o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. Dois terços dos prédios não eram adequados às necessidades dos usuários. A ausência de rampas e a falta de corrimãos nas UBS foi um problema referido, ao contrário do que determina as normas de acessibilidade da ABNT. Outro problema identificado com alta prevalência foi relacionado às instalações sanitárias que, ao contrário do encontrado nas UBS, deveriam estar posicionadas em lugares acessíveis, próximos à circulação, estar sinalizadas devidamente, sendo adequadas ao uso das pessoas com dificuldades e alcançando no mínimo 5% do total das peças existente¹³.

No Ceará um estudo realizado em 4 hospitais, foram analisadas as condições de acesso ao interior do prédio, destacando escadas, rampas, áreas de circulação, tipos de portas e pisos. Foi comprovado que o acesso por rampa estava disponibilizado em três hospitais avaliados (considerando que o restante possuía apenas o piso térreo). Todos os hospitais possuíam portas com largura ideal nas áreas de circulação; todos os hospitais não possuíam visor nas portas de vai-e-vem; todos possuíam áreas internas com obstáculos e pisos não antiderrapantes; apenas 80% dos balcões e 33% dos assentos públicos presentes nos hospitais atendem às normas; apenas 2,5% dos bebedouros e telefones estavam adequados; dos corrimões presentes somente 40% estava de acordo com as normas (material, fixação...) e nenhum deles estava adequado com o prolongamento de 0,30 do início ao término da escada⁹.

Azevedo e colaboradores¹⁴ realizaram um estudo descritivo exploratório em quatro hospitais públicos de João Pessoa, Paraíba para verificar a acessibilidade desses locais com utilização de um instrumento estruturado através da NBR 9050 da ABNT. Foi constatado que três hospitais possuíam rampa de acesso e escadaria e dois tinham elevadores. Todos tinham pisos antiderrapantes, área de circulação com a largura adequada, porém a área circulação continham obstáculos em todos os hospitais analisados. A escada estava de acordo com todos os quesitos das normas nos três hospitais que a continham. A rampa estava inadequada em relação ao piso diferenciado no início e final da rampa (nos três hospitais que possuíam rampa) e o corrimão em ambos os lados estava ausente em um hospital. Os balcões estavam adequados em todos os hospitais, os bebedouros estavam de acordo com as normas em três, dos quatro hospitais. Em relação aos sanitários apenas dois hospitais possuíam barras de apoio, três hospitais tinham banheiros adequados para deficientes próximos a circulação principal do prédio, apenas um hospital não continha sinalização e área de manobra para cadeira de rodas.

O Ministério da Educação considera como adaptação necessária e comum, em relação aos banheiros, que sejam amplos a fim de permitir o movimento de cadeiras de rodas, que possuam barras nas paredes, ao lado dos vasos sanitários e que os boxes possuam pisos não escorregadios e barras de apoio. A indicação de acessibilidade das edificações, do mobiliário, dos espaços e dos equipamentos urbanos deve ser feita por meio do símbolo internacional de acesso. A representação do símbolo internacional de acesso consiste em um pictograma branco sobre fundo azul. Esse símbolo pode, opcionalmente, ser representado em branco e preto (pictograma branco sobre fundo preto ou pictograma preto sobre fundo branco). A figura deve estar sempre voltada para o lado direito. Nenhuma modificação, estilização ou adição deve ser feita a esse símbolo. No presente estudo, nenhuma das UBS analisadas possuíam a identificação visual de acessibilidade. Apesar de sua importância e normatização, ainda existe dificuldade em sua implantação¹⁵.

A legislação assegura o direito de acesso, circulação e utilização dos espaços públicos pelos portadores de deficiência física, estabelecendo critérios para a adaptação das áreas de uso comum das edificações e fixando as condições exigíveis, bem como os padrões e as medidas que visam a propiciar às pessoas melhores e mais adequadas condições de acesso aos edifícios de uso público e às vias públicas urbanas; com isso, todos os projetos dirigidos a deficientes devem seguir a NBR 9050, que padroniza as construções destinadas a esse público¹⁵.

CONCLUSÃO

Neste estudo pode-se observar a existência de barreiras arquitetônicas ou a inexistência de dispositivos que auxiliam a locomoção de indivíduos com necessidades especiais nas UBS da cidade de Tubarão – SC. No entanto, esta inadequação é comum em outros locais, como hospitais, escolas e universidades. Apesar da legislação específica, ainda é necessário maior fiscalização e adequação da arquitetura para permitir maior mobilidade aos indivíduos com necessidades especiais.

REFERÊNCIAS

- 1- Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro; 2004. 97 p.
- 2- Grammenos S. Illness, disability and social inclusion . Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. 168 p.
- 3- Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 [Internet] Brasília: Presidência da República; 1999. [acesso em 2014, Mar 03]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
- 4 – Di Nubila, HBV, Buchalla, CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev. Bras. Epidemiol. 2008 Jun; 11(2).
- 5- Ministério da Saúde – Brasil. Diretrizes de atenção básica [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; [acesso em 2015 mar 05]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php.
- 6- Vasconcelos, LR. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. Esc Anna Nery R Enferm. 2006 Dez; 10(3): 494 – 500.
- 7- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Disponível em [\[www.ibge.com.br\]](http://www.ibge.com.br). Acesso em 05/03/2014.
- 8- CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Disponível em [\[http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=42&VCodMunicipio=421870&NomeEstado=SANTA%20CATARINA\]](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=42&VCodMunicipio=421870&NomeEstado=SANTA%20CATARINA) Acesso em 05/03/2014.
- 9 – Pagliuca LMF, Aragão AE, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4): 581-8.
- 10- Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. Rev Bras Fisioter. 2007;11(5):369-76.
- 11- Castro SS, Lefèvre, Lefèvre AMC, César CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saúde Pública 2011; 45(1): 99-105.
- 12- Nascimento, VF. Acessibilidade de deficientes físicos em uma Unidade de Saúde da Família. Revista Eletrônica Gestão e Saúde. 2012; 3(3): 1031-44.
- 13- 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. Rev Ciência e Saúde Coletiva 2009; 14(1):39-44.

14- Azevedo et. al. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. Revista Enferméria Global. 2015 Jan; 14(1): 310- 318.

15- Gallo EC, Orso KD, Fiório FB. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física nas escolas de Chapecó-SC e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. Rev o Mundo da Saúde 2011; 35(2): 201-207.

Endereço para correspondência:

Mirian Meneghel
R. Durval Perito, 2331, Urussanga-SC
E-mail: miih_meneghel@hotmail.com
