

ACESSIBILIDADE DE DEFICIENTES FÍSICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ACCESSIBILITY FOR DISABLED PEOPLE IN A FAMILY HEALTH UNIT

ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Vagner Ferreira do Nascimento¹

Resumo

Trata-se de um estudo observacional, com o objetivo de verificar a acessibilidade de deficientes físicos em uma Unidade de Saúde de Família no município de Barra do Garças – Mato Grosso. Para a coleta dos dados utilizou-se um formulário adaptado conforme a NBR 9050. O período de coleta deu-se no mês de fevereiro de 2012. O processo de análise começou com apresentação dos dados levantados em quadros em forma de *check list*, após agrupamento, em categorias do tipo estruturas arquitetônicas internas, compreendendo escadas, rampas, corrimãos, móveis, equipamentos e vãos. As pessoas com deficiência possuem limitações físicas, sensoriais ou mentais que muitas vezes geram dificuldades e impossibilidades de execução de atividades comuns às outras pessoas, principalmente de ir e vir. No estudo, verificou-se que poucos critérios da NBR 9050 foram contemplados na construção e manutenção da unidade de saúde, oferecendo obstáculos aos clientes do serviço. Mas, entende-se que deveria haver um bom senso por parte dos profissionais em incluir nos seus planejamentos, o desenho de um novo perfil populacional, àquele que prioriza às particularidades humanas, seja de mobilidade, prejuízo de algum órgão do sentido ou mesmo inteligência e capacidade de adaptar-se. E, essa atitude consideravelmente mudaria o panorama social que circunda o portador de necessidades

¹Mestrando em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Atua como coordenador de USF do município de Barra do Garças-MT. É professor substituto da UFMT graduação de Enfermagem e do curso Técnico de Enfermagem do SENAC - unidade de Barra do Garças-MT.E-mail: agnerschon@hotmail.com

especiais, especialmente nos serviços de saúde, onde este, luta e faz guerra a fim de obter uma assistência de qualidade, livre de danos e barreiras.

Descritores: Saúde da Pessoa com Deficiência, Acesso aos Serviços de Saúde, Estruturas de Acesso.

Abstract

This is an observational study, in order to check the accessibility of disabled people in a Family Health Unit in the municipality of Barra do Garças - Mato Grosso. To collect data we used an adapted form according to NBR 9050. The collection period took place in February 2012. The review process began with the presentation of data collected in the tables in the form of check list, after being grouped in categories like internal architectural structures, including stairs, ramps, handrails, furniture, equipment and bays. People with disabilities have physical disabilities, sensory or mental difficulties that often generate and impossibilities of performing activities common to others, especially to come and go. The study found that few criteria of ISO 9050 were included in the construction and maintenance of the health unit, providing barriers to service customers. But it is understood that there should be a sense on the part of professionals to include in their planning, the design of a new population profile, the one who gives priority to human peculiarities, is mobility, loss of some organ of sense or intelligence and ability to adapt. And this attitude would change considerably the social landscape that surrounds the patient with special needs, especially in health services, where this, fight and make war in order to get quality care, free of damage and barriers.

Descriptors: Health of People with Disabilities, Access to Health Services, Access Structures.

Resumen

Este es un estudio observacional, con el fin de comprobar la accesibilidad de las personas con discapacidad en una Unidad de Salud de la Familia en el municipio de Barra do Garças - Mato Grosso. Para recopilar los datos se utilizó una versión adaptada de acuerdo con la NBR 9050. El período de recolección se llevó a cabo en febrero de 2012. El proceso de revisión se inició con la presentación de los datos recogidos en las tablas en forma de lista

de verificación, después de haber sido agrupados en categorías como las estructuras internas de la arquitectura, incluidas las escaleras, rampas, barandillas, mobiliario, equipo y bahías. Las personas con discapacidad tienen discapacidades físicas, sensoriales o mentales dificultades que a menudo generan e imposibilidades de la realización de actividades comunes a los demás, especialmente a la van y vienen. El estudio encontró que pocos criterios de la norma ISO 9050 se incluyeron en la construcción y el mantenimiento de la unidad de salud, proporcionando las barreras a los clientes de servicios. Pero se entiende que debe haber un sentido en la parte de los profesionales que incluyan en su planificación, el diseño de un perfil de población nueva, el que da prioridad a las peculiaridades humanas, es la movilidad, la pérdida de algún órgano de los sentidos o la inteligencia y la capacidad de adaptación. Y esta actitud podría cambiar considerablemente el panorama social que rodea al paciente con necesidades especiales, especialmente en los servicios de salud, cuando esto, luchar y hacer la guerra a fin de obtener una atención de calidad, libres de daños y las barreras.

Descriptor: Salud de las Personas con Discapacidad, Acceso a Servicios de Salud, Estructuras de acceso.

Introdução

A vida de um portador de necessidades especiais - PNE é marcada por exclusões ora hostilidades, iniciando na infância pela negação dos pais referente ao estranho jeito de ser e agir do filho e quando adulto por não contarem muitas vezes com o apoio ou segurança familiar ficam exclusivamente sujeitos a favores de terceiros, o que acarreta a multiplicidade de sofrimentos^(1,2).

O sentimento de cárcere, emerge e pode intensificar-se cotidianamente na vida do PNE a cada barreira encontrada no ambiente em que percorre, traduzindo pra si um cativo que por vezes ainda, é privado de suas próprias necessidades básicas.

O Artigo 5º, item XV da Constituição Federal do Brasil diz que “é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens”. Nessa ocasião dando direitos iguais a todos cidadãos brasileiros inclusive aos portadores de deficiência⁽²⁾.

No entanto, as pessoas com deficiência possuem limitações físicas, sensoriais ou mentais que muitas vezes geram dificuldades e impossibilidades de execução de atividades comuns às outras pessoas, principalmente de ir e vir. Diante disto, impõe-se a utilização de equipamentos que permitem melhor convívio, dadas as barreiras do espaço físico⁽³⁾.

A maior parte dos ambientes, sejam construídos ou não, apresentam barreiras visíveis e invisíveis. Quando visíveis, os impedimentos concretos, são entendidos como a falta de acessibilidade dos espaços. Quando invisíveis compõem a forma como as pessoas são vistas pela sociedade, na maior parte das vezes representada pelas suas deficiências e não pelas suas potencialidades⁽⁴⁾.

Para suprimir esses desajustes ambientes, foi criada a NBR 9050 visando proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de forma autônoma e segura do ambiente, imóveis, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos⁽⁵⁾.

Entretanto, mesmo com a atual legislação, o processo de adesão às normas de acessibilidade aos locais de frequência pública mantém ritmo lento, principalmente quando se trata de estruturas antigas e patrimônio cultural, onde a palavra acessibilidade se confunde com modernidade^(6,7). Mesmo as construções mais recentes e projetadas para abrigar órgãos públicos, como por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde – UBS, ainda são alvos de reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas⁽⁸⁾.

No caso das UBS, muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas aos portadores de deficiências, muitas vezes em decorrência da utilização de edificações impróprias adaptadas⁽⁹⁾.

Em relação às barreiras arquitetônicas, 59,8% dos prédios de UBS não são adequados para o acesso de portadores de deficiência física. A inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas ou rampas sem corrimão também configura um grande problema encontrado. Em 77,4% dos banheiros de UBS espalhadas pelo país, não há portas que garantam o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não é impossível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas⁽⁸⁾.

Em consequência da falta de critérios na escolha e definição da estrutura do serviço de saúde, as portas abertas para os deficientes se tornam grandes obstáculos, os

sanitários se tornam ambientes privativos e as escadas acabam se tornando caminhos inacessíveis, prejudicando entre outras, o uso das tecnologias leves – primeiro movimento terapêutico oferecido a quem busca o atendimento em unidades básicas.

Para o portador de deficiência física ter a liberdade de experimentar os verbos chegar, adentrar, usar, fazer e deslocar sem barreiras⁽²⁾, ocorre a sensação de estar vivendo uma vida mais saudável, percepção de possuir melhor imagem corporal e o reforço de sua auto-estima; a vida lhe fazendo mais sentido⁽¹⁰⁾. Esses benefícios conseguidos por influência da mudança do ambiente e do comportamento dos serviços se refletem, de modo geral, nas relações de trabalho, na vida afetiva e social desses indivíduos⁽¹¹⁾.

Promover a migração do portador de deficiência física da categoria de excluído para incluso socialmente é nosso intuito enquanto profissionais cuidadores, ou seja, reafirmar a cidadania perdida daqueles que não vivenciam o significado integral de acessibilidade. E, pensando nisso, o estudo teve o objetivo de verificar a acessibilidade de deficientes físicos em uma Unidade de Saúde de Família. Já que a Equipe de Saúde da Família representa a primeira referência da comunidade no acesso a informações e serviços em saúde⁽²⁾.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional de espaço físico. Nesse tipo de estudo, foca-se em fatos objetivamente detectados e observáveis, seja em sua produção, seja em seu desenvolvimento⁽¹²⁾.

Optou-se por estudar uma unidade de saúde da família, distante do centro urbano, deduzindo automaticamente situações de vulnerabilidades financeiras, familiares, psico-emocionais e biológicas em diferentes graus de intensidade.

Foi escolhida especificamente essa unidade de saúde por ser uma das pioneiras no modelo de atenção primária voltada à saúde da família na região do Médio Araguaia, e ao mesmo tempo por possuir relativamente estrutura nova.

A unidade de saúde estudada encontra-se num complexo público municipal, compreendendo 1 escola de ensino fundamental, 1 creche com berçário e o próprio serviço de saúde. Possui uma ampla área de cobertura com limite territorial de 3 bairros, Bairro Zeca Ribeiro, São José e Vila Maria Gomes. Na sua composição, possui população

ribeirinha banhada pelo Rio Garças e Córrego Fundo, algumas chácaras e sítios, 1 cohab, conhecida popularmente como Conjunto, e demais residências com intervalos verdes que divide espaço entre o cerrado semi preservado e pasto, próximo a BR 070 no município de Barra do Garças – MT.

Abrange em torno de 993 famílias, contemplando quatro bairros, Nova Barra Norte, Nova Barra Sul, Nova Jerusalém e Nova Esperança, possuindo área urbana e rural. Conta com 1 linha de transporte urbano. Água encanada e luz elétrica em toda sua extensão. A renda mensal das famílias gira em torno de 1 a 2 salários mínimos. A comunidade caracteriza-se como adulto-idosa, com predominância de doenças crônicas, do tipo hipertensão e diabetes. A equipe multiprofissional é expressa por 1 Enfermeiro, 1 Médico, 1 Odontólogo, 1 Auxiliar de Consultório Dentário - ACD, 2 Técnicos de Enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Respeitando os procedimentos éticos em pesquisa desse caráter, a coleta de dados iniciou-se somente após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/BG.

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2012. O instrumento utilizado para coleta, foi adaptado de outro estudo⁽³⁾ com a mesma natureza, acrescentando itens que focasse algumas deficiências encontradas na unidade de saúde. O formulário foi adaptado seguindo as orientações da NBR 9050⁽⁵⁾ da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), discriminando as condições ideais de acesso estabelecidas na lei para permitir o atendimento das pessoas portadoras de deficiência física.

Além das observações passivas, foram realizadas medições in-loco, utilizando fita métrica graduada em centímetros, para mensurar altura e largura dos ambientes e mobiliários.

O processo de análise começou com apresentação dos dados levantados em quadros em forma de *check list*, após agrupamento, em categorias do tipo estruturas arquitetônicas internas, compreendendo escadas, rampas, corrimãos, móveis, equipamentos e vãos. Elencando as condições tanto de acesso ao interior do prédio, como das facilidades à equipamentos e mobiliários no seu interior, para deficientes físicos⁽³⁾.

Resultados e Discussão

A unidade de saúde pesquisada, recebeu algumas melhorias relacionadas à reforma/manutenção de imobiliários e equipamentos, porém não houve ainda mudanças frente a estrutura geral, principalmente na incorporação de características que buscassem o atendimento humanizado de toda clientela frequentadora do serviço, em especial os portadores de necessidades especiais.

Mas, com o recebimento do incentivo financeiro do componente reforma do Programa de Readequação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) presente na portaria 2.814 de 29 de novembro de 2011, acredita-se no ajuste do esqueleto da unidade em estudo, proporcionando maior acessibilidade à comunidade.

Para a comunidade, ter acesso ao interior do prédio de uma unidade de saúde é levar em consideração algumas características estruturais, as quais unidas ao fator bem-estar, determinam a demanda do serviço.

Na pesquisa, essas características foram observadas e pontuadas conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Condições de acesso ao interior do prédio da USF Nova Barra. Fevereiro de 2012. Barra do Garças - MT.		
Tipos de Acesso	Existência	
	Sim	Não
Degraus com corrimão		X
Rampa de acesso para portador de deficiência física	X	
Rampa com corrimão		X
Áreas de circulação com portas com largura livre de 0,8m	X	
Portas dos tipos vai-e-vem, dotadas de visor vertical		X
Piso com superfície regular, estável, firme e antiderrapante		X
Áreas de circulação coletiva com no mínimo 1,20m de largura e livres de obstáculos	X	

No quadro 1, verificou-se que o serviço dispõe parcialmente de condições de acesso facilitado ao interior do prédio. Muito embora, os riscos e obstáculos ainda permanecem ativos, principalmente no uso da rampa sem corrimão, servindo como fonte de acidentes, especialmente em tempo chuvoso, onde o piso perde sua característica antiderrapante.

A ausência de rampas adaptadas em UBS é um dos problema mais levantados pelas equipes de saúde⁽⁴⁾, ao contrário do que determina as normas de acessibilidade da ABNT, que prevê que os locais de utilização pública e privada de uso comunitário devem ser adaptados, com o objetivo de promover a maior acessibilidade possível aos indivíduos, e que as rampas não podem ter pisos escorregadios e obrigatoriamente devem ter corrimãos⁽⁸⁾.

Quadro 2 – Mobiliários de acesso à deficientes físicos na USF Nova Barra. Fevereiro de 2012. Barra do Garças - MT.		
Itens	Existência	
	Sim	Não
Balcões e mesas têm altura de 0,8m do piso	X	
Assentos com profundidade de 0,4m a 0,46m do piso	X	
Bebedouros instalados a 0,8m do piso		X
Telefones instalados entre 0,8m e 1,20m do piso		X

No quadro 2, constata-se que 50% dos itens, tidos como os principais mobiliários de uma UBS a ser adaptados, foram encontrados em situação de legalidade, revelando a gradual aproximação entre esse tipo de serviço com os portadores de deficiência.

Os balcões, mesas e assentos permitem aproximação e são ergonomicamente adequados. Mas, como revelou as pesquisas de Pagliuca⁽³⁾ e Vasconcelos⁽⁴⁾ tais mobiliários em sua maioria, ainda estão longe do ideal preconizado para atender às necessidades dessa clientela.

Nos mobiliários disponíveis na unidade de saúde, as barreiras ou dificuldades são mais evidentes do que as facilidades. Este tipo de situação gera medo do futuro no deficiente físico, pois ressalta a iminência da sua exclusão e inibe seu esforço na busca do reconhecimento social⁽¹³⁾.

Entretanto, itens de importância significativa como telefones e bebedouros, ofertados como meios indispensáveis num atendimento, se apresentam numa posição inferior àquela esperada pela NBR 9050⁽⁵⁾, selecionando quem destes farão uso.

Quadro 3 – Adaptações para deficientes físicos dentro da USF Nova Barra. Fevereiro de 2012. Barra do Garças - MT.		
Itens	Existência	
	Sim	Não
Comunicação afixada em paredes, mesas e balcões		X
Comunicação afixada a nível visual		X
Ambientes sinalizados	X	
Portas de consultórios de correr ou vai e vem		X
Portas de consultórios com 0,8m	X	
Banheiro específico para deficiente físico		X
Banheiro com passagem livre para cadeirante		X
Banheiro com barra horizontal 0,4m da parede e 0,92m do piso		X
Banheiro com piso antiderrapante		X
Bacia sanitária a 0,46m do piso	X	
Papeleira a 0,40m do piso e 0,15m da extremidade frontal		X
Válvula de descarga a 1m do piso	X	
Válvula de descarga funciona com leve pressão		X
Lavatório do tipo sem coluna		X

No quadro 3, verifica-se poucos itens contemplados. E os existentes fazem parte da estrutura normal de qualquer edificação, entendendo que não foram inclusos na construção para atingir à todas necessidades.

Antes de tudo, a inexistência de comunicação em saúde fixada nos setores da UBS interfere diretamente no êxito das políticas públicas do SUS, já que depende da organização de diferentes modalidade comunicacionais e fluxos informacionais para continuidade do processo promocional e preventivo da comunidade, além das orientações individuais e coletivas oferecidas diretamente pelos profissionais⁽¹⁴⁾.

No âmbito das práticas comunicativas, dos serviços de saúde, os materiais de divulgação, nos formatos de cartazes, convencionalmente denominados de materiais educativos - fazem parte destas iniciativas e assumem um importante papel na mediação

entre profissionais e a população. Na medida em que, no contexto da saúde, estes suportes são utilizados na transmissão de informações e na promoção de mudanças de comportamentos junto à população⁽¹⁵⁾. Esses materiais educativos são dispositivos que legitimam e socializam os saberes e as práticas de saúde⁽¹⁶⁾, junto aos mais diversos grupos, entre eles os portadores de necessidades especiais, principalmente os surdos, que antes de qualquer diálogo, a informação ilustrada já lhe responde a vários questionamentos.

O aglomerado de pessoas nos horários de atendimento médico, também impedem a chegada desse portador até o balcão principal, reforçando a necessidade de letreiros e cartazes informativos.

Em relação ao acesso às instalações sanitárias, com a condição dos sanitários encontrada, essas pessoas necessitarão de ajuda de outros e, desse modo, reduzirão de forma contundente sua independência, assim como demonstrado em outros estudos⁽⁴⁾.

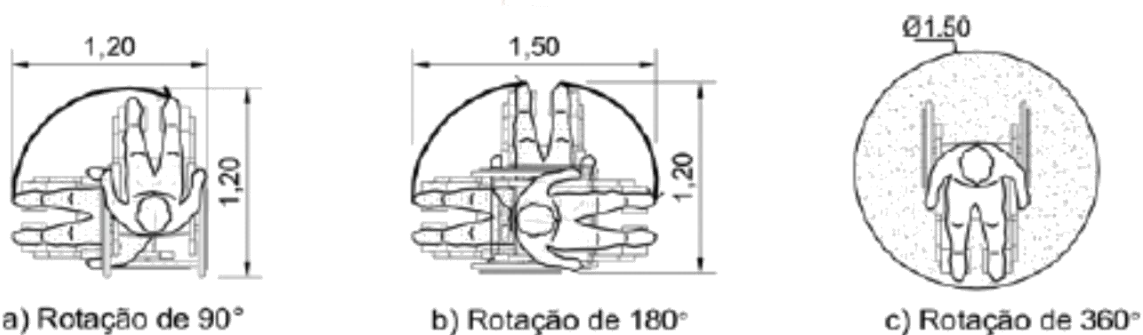


Figura 1 – Área para manobras sem deslocamento⁽⁵⁾.

Quadro 4 – Movimentação de cadeirantes na USF Nova Barra. Fevereiro de 2012. Barra do Garças - MT.			
Setores	Tipos de Rotação		
	90°	180°	360°
Recepção			X
Sala de Triagem/Procedimentos	X		
Sala de Vacinas		X	
Consultório de Enfermagem		X	
Consultório médico		X	
Consultório odontológico	X		
Banheiros	-	-	-

Através do quadro 4, percebe-se que não houve padronização na construção dos setores. A recepção como o local de maior fluxo, destacou-se como sendo o único espaço dentro da USF com movimentação livre. Nos banheiros, as portas e louças dispostas aleatoriamente não permite a entrada, permanência e manobra do cadeirante, obrigando-o a privar-se de suas necessidades fisiológicas.

O usuário de cadeira de rodas necessita de áreas de rotação ao longo de todo o percurso da rota acessível. Em áreas confinadas, tais como banheiros, devem ser previstos 1,20 m x 1,20 m, para rotações de 90°; 1,20 m x 1,50 m, para rotações de 180°; 1,50 m x 1,50 m, para rotações de 360°⁽⁵⁾.

Nos demais locais o cadeirante possui passagem reduzida, não conseguindo se emancipar e assim, ganhando mais diagnósticos de Déficit.

Por mais vergonhoso que pareça, locomover-se dentro de uma USF demanda ajuda de mediadores por se tratar de um espaço pequeno com uma infinidade de mobiliários, armários, arquivos, mesas, balcões, bancos que são no fundo empecilhos reais no deslocamento desses clientes.

Ao avaliar as dimensões dos setores da USF, identificamos que os cadeirantes são auto impedidos de adentrar ou permanecer prolongadamente em alguns ambientes, em grau máximo, como, nos banheiros ou em menor intensidade, como, nos consultórios.

Além de tudo, os cadeirantes, assim como os demais portadores de deficiências, convivem com o estigma, de ser considerado incapaz, indefeso, sem direito, situação que desmotiva sua busca por saúde, ampliando as barreiras no acesso aos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Deve-se levar em conta também, que os deficientes físicos independente do grau de prejuízo sensorial, normalmente chegam às unidades de saúde sem acompanhantes, demandando acolhimento diferenciado, o que justifica conseqüentemente oferta de profissionais capacitados e ambientes adequados^(18,19).

Considerações finais

A partir desse mapeamento verificou-se, que poucos critérios da NBR 9050 foram contemplados na planta de construção da unidade de saúde pesquisada. Sendo possível,

identificar as fragilidades que impedem a transitabilidade dos indivíduos com limitações físicas, mostrando os pontos que carecem de adequações.

Os dados encontrados no estudo, confirmam resultados de estudos anteriores presente na literatura, em que mesmo as construções mais recentes de serviços de saúde como, por exemplo, as unidades de saúde da família, ainda mantêm esboço dedicado somente ao homem sem incapacidades, esteticamente e biologicamente dentro do padrão esperado por uma sociedade, desconsiderando e contradizendo os princípios e a filosofia de atendimento público do SUS.

Acredita-se que deveria haver um bom senso por parte dos profissionais em incluir nos seus projetos, o desenho de um novo perfil populacional, àquele que prioriza às particularidades humanas, seja de mobilidade, prejuízo de algum órgão do sentido ou mesmo inteligência e capacidade de adaptar-se. E, essa atitude consideravelmente mudaria o panorama social que circunda o portador de necessidades especiais, especialmente nos serviços de saúde, onde este, luta para obter uma assistência de qualidade, livre de danos e barreiras.

Nessa perspectiva, espera-se a re-configuração da estrutura do serviço valorizando a participação e inclusão do portador de necessidades especiais, de maneira a aumentar sua autonomia na busca por saúde, e conseqüentemente colaborar, na qualificação e promoção do seu auto cuidado.

Com os resultados obtidos nesse estudo, no qual demonstrou a desatenção quanto aos portadores de deficiência em UBS, pretende-se fornecer subsídios para o embasamento de pesquisas futuras, que busquem além da estética do serviço, o conforto e acessibilidade de indivíduos com diferentes necessidades físicas.

Referências

1. Nascimento VF. O desafio do enfermeiro na consulta à gestante surda: relato de experiência. Nursing (São Paulo). 2011; 13(154):144-147.
2. Nascimento VF, Nascimento NMF, Moura NMN. Educação em saúde junto aos pais de portadores de necessidades especiais: relato de experiência. Nursing (São Paulo). 2011; 14(161):546-550.

3. Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):581-8.
4. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006 dez; 10(3):494-500.
5. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro; 2004.
6. Santos CR. Novas fronteiras e novos pactos para o patrimônio cultural. *São Paulo Perspec*. 2001;15(2):43-48.
7. Carneiro ARS, Duarte M, Marques EA. A conservação da paisagem na perspectiva de um sistema de espaços livres públicos do Recife. *Paisagem ambiente*. 2009;(26):127-141.
8. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MAP. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006;11(3):657-667.
9. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009;14(1):39-44.
10. Zuchetto A, Castro R. As contribuições das atividades físicas para a qualidade de vida dos deficientes físicos. *Kinesis*. 2002;(26):52-68.
11. Noce F, Simim MAM, Mello MT. A percepção de qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física?. *Rev. Bras. Med. Esporte*. 2009;15(3):174-178.
12. Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: aloti; 2001.
13. França ISX. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais. In: Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC.

Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):581-8.

14. Oliveira VC. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. Interface. 2000;4(7):71-80.
15. Monteiro S, Vargas EP. Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
16. Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. Interface (Botucatu). 2010;14(32):37-51.
17. Lima DHF, Lima MDF, Nobrega JMSS, Nobrega RMSS. Acessibilidade: o caminho para uma assistência de qualidade as pessoas portadoras de deficiência. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro dos Conselhos de enfermagem; 2009 out. 2-7; Belo Horizonte. Rio de Janeiro: Cofen; 2010. p. 23(8)-70.
18. Sherrard J, Ozanne-Smith J, Staines C. Prevention of unintentional injury to people with intellectual disability: A review of the evidence. J Intellect Disabil Res. 2004;48:639-645.
19. Gratsa A, Spiller MJ, Holt G, Joyce T, Hardy S, Bouras N. Developing a mental health guide for families and carers of people with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2007;20:77-86.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012-03-14

Last received: 2012-08-29

Accepted :2012-09-10

Publishing: 2012-09-24

Corresponding Address

Vagner Ferreira do Nascimento
Rua Moreira Cabral nº 475 Campinas
Cep. 78600-000, Barra do Garças-MT