

**REVISÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PARA PcD EM MUNICÍPIO NO SUL  
DO ESPÍRITO SANTO**

***REHABILITATION SERVICES REVIEW FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN A  
ESPÍRITO SANTO SOUTHERN MUNICIPALITY***

Juliana Peçanha Piassi Dallara  
Mestranda pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Vitória-ES – Brasil  
[jppiassi@yahoo.com.br](mailto:jppiassi@yahoo.com.br)

Data de submissão: 15/12/2025  
Data de aprovação: 24/02/2026

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar as dificuldades e facilidades encontradas por profissionais da saúde na estrutura dos serviços de reabilitação para pessoas com deficiência na Rede de Atenção Básica e Especializada de Presidente Kennedy/ES à luz das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Métodos:** estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido em duas etapas. A primeira consistiu no levantamento de dados dos profissionais atuantes na reabilitação e a aplicação de uma pergunta aberta aos profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia. A segunda etapa avaliou cinco Unidades de Estratégia Saúde da Família e o Centro Municipal de Fisioterapia, utilizando um roteiro de acessibilidade conforme normas da ABNT/MS. **Resultados:** As Unidades de saúde do município não possuem acessibilidade obrigatória e os profissionais não têm material suficiente para o devido atendimento aos pacientes com deficiência. **Conclusão:** o estudo comprovou que as estruturas das unidades de saúde não estão de acordo com o que preconiza as diretrizes necessárias para o bom funcionamento do serviço de reabilitação, apesar do número adequado de profissionais e da facilidade de acesso aos serviços de reabilitação, identificou-se fragilidade na gestão e no conhecimento sobre a aplicação das políticas públicas de saúde.

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência. Políticas Públicas de Saúde. Reabilitação.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the difficulties and facilitations encountered by healthcare professionals in the structure of rehabilitation services for people with disabilities in the Primary and Specialized Care Network of Presidente Kennedy/ES, in light of the guidelines of the National Health Policy for People with Disabilities. **Method:** A descriptive study, with a quantitative-qualitative approach, developed in two stages. The first consisted of collecting data from professionals working in rehabilitation and applying an open-ended

question to professionals in Physiotherapy, Speech Therapy, and Psychology. The second stage evaluated five Family Health Strategy Units and the Municipal Physiotherapy Center, using an accessibility checklist according to ABNT/MS standards. **Result:** The study confirmed that the structures of the health units are not in accordance with the guidelines necessary for the proper functioning of the rehabilitation service. The municipality's health units do not have mandatory accessibility, and professionals do not have sufficient materials for the proper care of patients with disabilities. **Conclusion:** Despite the adequate number of professionals and ease of access to rehabilitation services, weaknesses were identified in the management and knowledge regarding the application of public health policies. This situation compromises the effectiveness and efficiency of rehabilitation, highlighting discrepancies between the practice of municipal public management and the guidelines of the National Health Policy for People with Disabilities.

**Keywords:** People with disabilities. Public Health Policies. Rehabilitation.

## 1 Introdução

Pessoas com deficiência, que sofrem o estigma da segregação em todos os tempos, vêm enfrentando inúmeros obstáculos em sua trajetória em busca de melhoria na qualidade de vida, tendo que enfrentar, além da deficiência, a discriminação e a desigualdade de direitos em relação aos não deficientes, quando equiparadas ao acesso dos serviços de saúde, educação, emprego e devido a essa realidade, essa luta passou a ter um viés cada vez mais voltado para os direitos humanos, pois, apesar de haver no Brasil, atualmente, uma legislação rica e inclusiva, na prática, não é isso o que encontramos (Lanna Júnior, 2010).

Segundo os dados obtidos pela Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, no Censo de 2010 do IBGE, no Brasil haviam 45.623.910 pessoas com algum tipo de deficiência, que representava 23,92% da população. Entretanto uma mudança na linha de corte do Censo em 2018, para uma nova adequação, identificou um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010).

Uma das queixas recorrentes, em relação à problemática da pessoa com deficiência, que surgem em debates e discussões da sociedade, diz respeito ao tema de acessibilidade e sua aplicabilidade como fator importante no pleno direito de ir ao encontro de serviços essenciais que necessitam no cotidiano. Ressaltam Mariana e Suzana Pimentel (2018) em seu artigo que fala sobre acessibilidade como Direito Fundamental, que olhar para o acesso somente como o de transpor obstáculos de mobilidade, limita e minimiza as dificuldades encontradas, porém, quando se fala em acesso, pode-se pensar também em disponibilidade e facilidade em obter serviços com qualidade. Dizer que um paciente não tem acesso ao tratamento por falta de qualidade estrutural e organizacional traz um olhar diferenciado sobre acessibilidade, à medida que descortina uma realidade que se apresenta com frequência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito à questão de direitos relativos às pessoas com deficiência, de

fato há uma ausência de consciência social e prática, um desconhecimento sobre as questões que envolvem as necessidades concretas de uma pessoa com deficiência, principalmente em relação aos direitos de saúde (Brignol *et al.*, 2018).

No panorama brasileiro, a noção de direito de saúde surgiu à medida que eclodiu o movimento da Reforma Sanitária que ocorreu no fim da década de 70 com a participação de atores sociais emergentes que buscavam o exercício do direito social e da cidadania, trazendo como ideologia do movimento o conceito de saúde como questão política e social, reivindicando o acesso aos serviços e a luta pela integração na atenção à saúde, no final da ditadura militar. Esse movimento tomou grandes proporções e culminou na formação de um grupo que envolvia gestores, governo e participação social (Paiva; Teixeira, 2014).

O direito universal à saúde, consolidado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou a incorporação das necessidades das Pessoas com Deficiência (PCD) às Políticas Públicas de Saúde. Porém, historicamente, a maioria das iniciativas no campo da Atenção à Saúde, voltada a esse público, tem sido isolada e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, não promovendo uma articulação consistente entre os pontos e níveis de atenção à saúde, resultando em atenção fragmentada e pouco eficaz (Dubow; Garcia; Krug, 2018).

Segundo Pereira e Machado (2016), a rede pública, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, é a maior responsável em receber os pacientes com deficiência e realizar a comunicação com os outros níveis de Atenção. É através das APS's que se articulam as conexões com os níveis Secundário e Terciário, onde há o acesso à complexidade, porém, uma grande parte dos pacientes que buscam os serviços ofertados pelo SUS ainda encontram um atendimento deficitário, inadequado, em desacordo com as Políticas aplicadas pelo Ministério da Saúde (MS) que dizem respeito ao atendimento aos pacientes com algum tipo de deficiência, e vários desafios necessitam ainda de serem vencidos, como indica o documento lançado no I Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade transitando do modelo Médico para o Biopsicossocial, realizado em 21 de novembro de 2014 (Brasil, 2014).

A realidade vivida atualmente no serviço de saúde, em relação à integração social dentro da concepção de rede de serviços especializados em reabilitação, se mostra em desajuste ao apresentar deficiências na gestão pública, comprovando a falta de planejamento que compreende aspectos variados, como a adequação dos espaços físicos, de materiais, equipamentos, além da falta de capacitação dos profissionais para realizar uma assistência digna às pessoas com deficiência.

## **2 Material e Métodos**

A pesquisa aqui relatada vem discutir a infraestrutura do serviço de reabilitação da pessoa com deficiência do município de Presidente Kennedy/ES na visão dos profissionais

responsáveis pelos atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde e centro de fisioterapia. O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um formulário digital (google forms) disponibilizado por e-mail aos profissionais participantes. Todos os profissionais que participaram desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para conhecer melhor os profissionais, foram então coletados dados sociodemográficos e realizada uma pergunta aberta: Quais as facilidades e as dificuldades para a reabilitação de pacientes com deficiência no município?

Para avaliar a acessibilidade e a estrutura física das unidades onde ocorrem os atendimentos de reabilitação, foi formulado um roteiro de avaliação adaptado de um Manual de Acessibilidade (Brasil, 2008) para unidades básicas, feito pelo Ministério da Saúde, contendo recomendações de estrutura física de unidades básicas e de um Roteiro de Acessibilidade baseado na Norma Técnica Brasileira (NBR) 9050, que fornece parâmetros de acessibilidade aceitáveis elaborado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) com o intuito de realizar um comparativo ao que é preconizado e aprovado pelo governo federal para estrutura de instalações de saúde (Brasil, 2008a).

### **3 Resultados**

Foi realizado um levantamento no quadro de profissionais que atuam no município e foi avaliado que este é composto por Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Psicólogos que são efetivos, empossados através de concurso público municipal ou contratados via processo seletivo simplificado (designação temporária).

As cargas horárias abrangem de 20 a 40 horas semanais. O trabalho se divide em atendimento aos pacientes nas Unidades e no Centro de Fisioterapia, incluindo também, atendimento domiciliar àqueles que não podem se locomover até os locais.

A gestão municipal dispõe de carros e motoristas nas unidades para fazer o traslado dos pacientes e dos profissionais. Os usuários têm livre acesso à marcação de consultas nas agendas dos profissionais de reabilitação das unidades e no Centro de Fisioterapia. Todos os agendamentos são realizados via encaminhamento médico ou especializado, e as consultas são agendadas na própria recepção das unidades.

A realização da análise do conteúdo sobre as facilidades e dificuldades em reabilitar os pacientes com deficiência física no município de Presidente Kennedy/ES emergiu algumas categorias que se destacaram pela frequência em que foram relatadas pelos profissionais participantes (Quadro 1).

**Quadro 1** – Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa - Presidente Kennedy, 2020

Identificação	Idade	Sexo	Profissão	Local de Trabalho
Profissional 1	44	Masculino	Psicólogo	UBS
Profissional 2	36	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 3	43	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 4	33	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 5	40	Masculino	Psicólogo	UBS
Profissional 6	40	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 7	42	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 8	35	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 9	42	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia
Profissional 10	37	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia
Profissional 11	36	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia
Profissional 12	32	Feminino	Psicólogo	UBS
Profissional 13	31	Feminino	Fonoaudiólogo	UBS
Profissional 14	38	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

No Quadro 2 são apresentadas as categorias emergentes citadas nas respostas da pesquisa.

**Quadro 2** – Categorias emergentes da pesquisa com profissionais da equipe multidisciplinar responsável pela reabilitação do município de Presidente Kennedy-ES

PROFISSIONAIS	CATEGORIAS EMERGENTES	
	Dificuldades	Facilidades
Fisioterapeutas	Infraestrutura Equipamentos e materiais Capacitação	Equipe multidisciplinar Transporte público (carro) Autonomia no trabalho
Fonoaudiólogos	Participação das famílias Infraestrutura Equipamentos e materiais	Profissionais nas unidades do interior (proximidade)
Psicólogos	Infraestrutura Acesso nas vias públicas Assistencialismo	Não foi citada nenhuma

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

### **Facilidades no atendimento aos pacientes com deficiência no município de Presidente Kennedy**

Os profissionais citaram como ponto positivo o quantitativo de profissionais contratados para o atendimento aos pacientes, o que facilitaria o acesso aos serviços.

São muitas fisioterapeutas e psicólogos no atendimento direto aos usuários, em todas as unidades há, pelo menos, um fisioterapeuta e no Centro de Fisioterapia há 5 profissionais disponíveis. Os profissionais foram unânimes em afirmar que a maior vantagem do município é a possibilidade de contar com uma equipe multidisciplinar completa e atuante, mesmo sem condições adequadas, segundo o que os mesmos relataram. São muitos profissionais atendendo diversos tipos de patologias no município e

constatam que um ponto positivo da gestão é a oferta de profissionais disponíveis para atendimento.

### **Dificuldades no atendimento aos pacientes com deficiência no município de Presidente Kennedy**

Uma das primeiras questões levantadas pelos profissionais foi a infraestrutura, várias vezes citada para demonstrar a ausência de um local adequado para realizar os atendimentos aos pacientes. A maioria dos profissionais entrevistados relatou estar insatisfeito com a estrutura disponível para o atendimento, sendo que, dos 14 entrevistados, 8 citaram a falta de estrutura como um problema e impedimento ao bom atendimento, assim como esses profissionais relatam:

*"Locais sem estrutura, não planejadas e mal adaptadas, com poucos recursos para o atendimento dos deficientes" (Quadro 2 - Profissional 12).*

*"A grande dificuldade é com estrutura física, locomoção dos pacientes e carro para atendimento domiciliar" (Quadro 2 – profissional 6).*

*"Estrutura Física para o tratamento em reabilitação" (Quadro 2 – profissional 5).*

*"O município tem grande arrecadação dos royalties poderia oferecer aos munícipes um centro de reabilitação moderno e qualificado" (Quadro 2 – profissional 8).*

Os profissionais relataram, em suas respostas, a falta de materiais adequados para se prestar um bom atendimento aos usuários do serviço de saúde. A ausência de equipamentos novos e materiais com tecnologia moderna influencia na capacidade de atender plenamente um paciente com deficiência física, como mostra o depoimento destes profissionais, que relata que, apesar de terem aporte financeiro suficiente para oferecer um atendimento de ponta, não o realizam devido à ingerência dos recursos disponíveis:

*"Falta de interesse de construir um centro de tratamento qualificado para atendimento dos pacientes, sendo assim, transportam os pacientes deficientes até a cidade vizinha para realizar alguns atendimentos especializados (como hidroterapia, equoterapia e outros) que o município jamais teve" (Quadro 2 - profissional 9).*

Desde o ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) vem realizando a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar a atenção básica e surgiram vários desafios durante esse período. Um deles é o de desenvolver recursos humanos, a capacitação dos profissionais para conduzir novas práticas com o intuito de reformular a situação sanitária do país. Para trabalhar na formação e educação permanente, o Ministério da Saúde criou os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, com parcerias e convênios com Secretarias

Estaduais de Saúde e/ou Secretarias Municipais para implementar programas focados no pessoal que trabalha na prestação de serviços em saúde da família (Brasil, 2004).

Moreira *et al.* (2017) verificaram, em um estudo realizado no interior de Minas Gerais em 2015, que uma grande parte das unidades do município investigado não apresentam espaço adequado para atendimento de pessoas com deficiência e também para idosos. Esclarecem que as UBS's devem estar preparadas para dar cobertura no atendimento a esses pacientes, promovendo a acessibilidade para estabelecer o acesso aos serviços de saúde. Dessa maneira é crucial que as unidades disponibilizem ambientes adaptados e adequados, inclusive no que se refere a material, equipamentos e instrumentos que vão promover a atenção humanizada e integral a todos os tipos de pacientes, principalmente, os com deficiência.

Para poder avaliar melhor os serviços de saúde na Atenção Básica e destinar recursos para seu desenvolvimento, o Ministério da Saúde criou um sistema de avaliação das estratégias com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa vem trazer uma garantia para promover o atendimento de nível nacional, regional e local, de maneira uniforme, permitindo assim melhor transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (Mendes, 2011).

### **Avaliação da acessibilidade e estrutura de reabilitação**

Nos manuais pesquisados é possível encontrar recomendações para execução de projetos de unidades de saúde seguindo os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, protocolados pela NBR 9050 da ABNT e originalmente aprovados na Lei nº 10.098/2000, que regulamenta os padrões de acessibilidade em prédios públicos (Brasil, 2008b).

Segundo Manual de Acessibilidade do Ministério da Saúde que normatiza as Unidades Básicas de Saúde, acessibilidade é:

[...] um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural (Brasil, 2009, p. 4).

Este documento vem com o objetivo de apresentar financiamento para promoção de acessibilidade em Unidades Básicas de saúde, visando uma reformulação nos padrões urbanos, recomendando também, aos municípios, que realizem projetos e construções com os parâmetros adequados ao atendimento dos padrões de acesso.

Estes parâmetros são encontrados no Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde/Saúde da Família, que teve sua reedição no ano de 2008 através da Secretaria de

Atenção à Saúde. Este Manual orienta as ações dos gestores e profissionais para programar e elaborar projetos de reforma, ampliação e construção de novas unidades, seguindo os padrões de acessibilidade (Brasil, 2008b).

O Manual de Normas é baseado nas referências da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no Decreto Federal nº 5.296/2004, e também no conjunto de Normas de Acessibilidade da Associação Brasileira de Acessibilidade – ABNT, (NBR 9050) - Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos e outras leis federais, estaduais, municipais e normas brasileiras.

O papel da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) em seu Manual de Acessibilidade é estabelecer critérios e parâmetros técnicos para a realização de projetos, construções, instalações e adaptação de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos promovendo condições de acessibilidade no transporte, comunicação e prestação de serviços (Brasil, 2008).

Com o objetivo de avaliar se as Unidades de Saúde e o Centro de Fisioterapia estão de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério de Saúde e dentro dos parâmetros da normativa da ABNT, todas as 5 unidades foram devidamente medidas de acordo com o Roteiro de Acessibilidade Adaptado, sendo dividido em tópicos (calçadas, estacionamento, entradas e saídas, circulação interna, portas e aberturas, sanitários e vestiários, mobiliários) a serem avaliados como acessíveis ou não acessíveis para atendimento ao público com necessidades especiais (Brasil, 2008b). Os resultados coletados estão apresentados no Quadro 3 abaixo:

**Quadro 3 – Avaliação de Acessibilidade das Unidades de Estratégia em Saúde da Família – Presidente Kennedy-ES**

PARÂMETROS DE ACESSIBILIDADE	LOCAL											
	ESF Sede		ESF Santa Lúcia		ESF Mineirinho		ESF Jaqueira		ESF Marobá		Centro de Fisioterapia	
<b>CALÇADAS</b>												
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Piso		X		X		X		X		X		X
Nível		X		X	X			X	X			X
Inclinação		X			X		X		X			X
Obstáculos		X		X		X	X			X		X
<b>ESTACIONAMENTO</b>												
Sinalização		X		X		X		X		X		X
Vagas		X		X		X		X		X		X
<b>ENTRADAS E SAÍDAS</b>												
Piso		X		X		X		X		X		X
Catracas		X		X		X		X		X		X
Rampa		X	X			X	X		X			X
Escada		X	X			X	X		X			X
Corrimão		X		X		X		X		X		X

<b>CIRCULAÇÃO INTERNA</b>											
Corredor	X		X			X	X	X	X		X
Piso		X		X		X	X			X	X
Barreiras		X		X		X	X			X	X
Rotas		X		X		X	X			X	X
<b>PORTAS E ABERTURAS</b>											
Sinalização		X		X		X		X		X	
Vãos		X		X		X		X	X		
Maçanetas	X		X		X		X		X		
Abertura	X		X		X		X		X		
Puxadores		X		X		X		X	X		
Visores de porta		X		X		X		X		X	
Altura da porta		X		X		X		X		X	
<b>DISPOSITIVOS</b>											
Interruptor	X		X		X		X		X		
Campainha		X		X		X		X	X		
Alarme		X		X		X		X	X		
Comando de janela		X		X		X		X	X		
Maçaneta de porta		X		X	X		X		X		
Quadro de luz		X		X	X			X	X		
<b>SANITÁRIOS E VESTIÁRIOS</b>											
Rota		X	X		X		X			X	X
Boxe		X	X		X		X			X	X
Sanitário acessível		X	X			X		X		X	X
Porta		X	X		X		X			X	X
Área de manobra		X	X			X	X			X	X
Bacia sanitária		X	X			X		X		X	X
Barras de apoio		X	X		X			X		X	X
Papeleira		X	X		X		X			X	X
Lavatório		X	X		X		X			X	X
Aproximação		X		X		X	X			X	X
Comandos		X		X		X	X			X	X
Altura do lavatório		X		X		X		X		X	X
Espelho		X		X		X		X		X	X
Mictório acessível		X		X	X			X		X	X
<b>MOBILIÁRIO</b>											
Telefone Público		X		X	X			X		X	X
Bebedouros	X		X		X			X		X	X
Assentos Recepção		X		X		X		X		X	X
Balcão de atendimento		X		X		X		X		X	X

Fonte: elaborado pelo autor (2020).

#### 4 Discussão

De acordo com Moreira *et al.* (2017), é evidente, no dia a dia da Atenção Básica, a necessidade de aprimorar as características físicas e estruturais e também na obtenção de equipamentos e materiais referidos para as práticas em saúde. As equipes de profissionais das unidades sentem a necessidade e a insatisfação no decorrer do trabalho, visto que a proposta é voltada para uma assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade e muitas vezes não é o que ocorre. A estratégia demanda condições de estrutura, imprescindíveis para a execução das ações que vão muito além do modelo biomédico

adotado.

Donabedian (1988) propôs que, para se avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é necessário se ater a 3 quesitos que, segundo ele, revelam as condições reais para melhoria dos serviços prestados. São eles: a estrutura, o processo e os resultados, segundo o autor em seu estudo *The Quality of care? How can be Assessed? de 1988. Para Donabedian*, as características da estrutura influenciarão os resultados dos serviços à medida que são parte importante na construção do desenvolvimento dos processos de cuidado. Arruda, Maia e Alves (2018) alegam que o acesso à saúde é um dos pontos mais importantes quando levamos em consideração a qualidade de vida dos pacientes. A facilidade ao acesso à saúde vai determinar inclusive nas questões de mortalidade e expectativa de vida. É um elemento vital do sistema, que visa a organização dos serviços de saúde, é a porta de entrada para tudo o que vai se suceder a partir daí.

Segundo a Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (Brasil, 2000) que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência de deficiência ou com mobilidade reduzida, diz em seu Art. 2º que:

- I. acessibilidade: é a possibilidade e condição de alcance para utilização com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;
- II. barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:
  - a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: aquelas existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;
  - b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;
  - c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;
  - d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa (Brasil, 2000).

As categorias avaliadas durante a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde e no Centro de Fisioterapia estão discutidas para melhor entendimento e validação dos resultados. De acordo com as recomendações constantes no Manual de Acessibilidade para Unidades Básicas de Saúde (2012), as informações essenciais aos espaços internos e externos das edificações devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora. Precisam ser autoexplicativas e de fácil leitura a todos, inclusive para pessoas com deficiência. Toda informação deve ser posicionada para que a identificação das funções e serviços disponibilizados nos ambientes seja fácil. Em edificações públicas deverão ser

sinalizados os elementos essenciais, tais como: acesso, recepção, portas, circulação horizontal e vertical, sanitários e rotas de fuga.

O acesso em saúde significa promover facilidade aos usuários em utilizar os serviços da rede. Segundo Pedraza *et al.* (2018), analisar a acessibilidade utilizando diversas metodologias é importante para o pleno conhecimento da realidade e qualificação dos serviços voltados para a saúde.

Segundo Giovanella *et al.* (2012), ter acesso às estruturas de serviços de saúde é primordial para a qualidade de vida dos usuários. Este acesso deve se estender a todos os níveis estruturais, seja nos espaços, ambientes, transportes, comunicação e práticas tecnológicas, promovendo assim, em termos de igualdade, todos os serviços e acessos às pessoas em todos os níveis.

O estudo realizado trouxe a possibilidade de desnudar as dificuldades e facilidades em se realizar a reabilitação para pessoas com deficiência no município de Presidente Kennedy no interior do Espírito Santo. Diante dos resultados observados, ficou claro que a luta pela igualdade de direitos sociais e de saúde desses atores ainda está longe de ter um fim. Os problemas encontrados no decorrer da pesquisa, como falta de acesso e estrutura de atendimento dentro dos padrões preconizados pelas políticas públicas nacionais demonstram que as mudanças e transformações a serem realizadas ainda são muitas e só reforçam o fato de que a qualidade de vida que pessoas com deficiência almejam ainda é uma utopia.

## 5 Conclusão

Toda a pesquisa mostrou para o poder público que são muitos os desafios para se chegar à oferta de um serviço de qualidade e que esteja dentro dos padrões ideais que preconiza a legislação atual. A gestão municipal tem um longo trabalho pela frente e esta pesquisa tem o objetivo de fornecer dados para que a mudança seja efetiva.

## Referências

1. ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00213816, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2018000605003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000605003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 out. 2020.
2. BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 dez. 2000.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Polos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família – 2. ed. – Brasília, 2008. 52p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf). Acesso em: 14 nov. 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde.** Brasília, 2008. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes\\_acessibilidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf). Acesso em: 22 dez. 2019.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acessibilidade para Unidades Básicas de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acessibilidade para unidades básicas de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **I Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade:** transitando do modelo médico para o biopsicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde., 2014.
9. BRIGNOLI, P. et al. Viver com deficiência física e o papel da rede de apoio. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, e. 195, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1957>
10. DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-7448, 1988. DOI:10.1001/jama.88.03410120089033.
11. FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, Aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000500035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500035&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 fev. 2021.
12. GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
13. LANNA Jr, M. C. M. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/211/o/Hist%C3%B3ria\\_do\\_Movimento\\_Pol%C3%ADtico\\_das\\_Pessoas\\_com\\_Defici%C3%Aancia\\_no\\_Brasil.pdf?1473201976](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/211/o/Hist%C3%B3ria_do_Movimento_Pol%C3%ADtico_das_Pessoas_com_Defici%C3%Aancia_no_Brasil.pdf?1473201976) Acesso em: 28 set. 2025.
14. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 19 maio 2020.
15. MOREIRA, K. S. *et al.* Avaliação da infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>
16. PEDRAZA, D. F. *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 923-933, Mar. 2018. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000300923&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000300923&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 nov. 2020.

17. PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2016, v. 26, n. 03, pp. 1033-1051.
18. PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar 2014.
19. PIMENTEL, M. C.; PIMENTEL, S. C. Acessibilidade como um Direito Fundamental: uma análise à luz das leis federais brasileiras. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 13, n. 1, p. 75-102, maio 2018.