Revista Eletrônica em Saúde

ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UMA UBS NA CIDADE DE FRANCA – SP

ACCESSIBILITY IN PRIMARY HEALTH CARE: USERS' PERCEPTIONS OF A BASIC HEALTH UNIT IN THE CITY OF FRANCA, SÃO PAULO, BRAZIL

ANTONIO LUIZ MARTINS DE OLIVEIRA PEREIRA
Acadêmico de Medicina Centro Universitário Municipal de Franca

RAFAEL CANÇADO DOS SANTOS
Acadêmico de Medicina Centro Universitário Municipal de Franca

MARIA ANTONIA NOVENTA
Docente Centro Universitário Municipal de Franca

Revista Eletrônica em Saúde

RESUMO

Introdução: A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico no compromisso assumido pelo Estado brasileiro de romper com um passado autoritário e consolidar uma democracia inclusiva e participativa. Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de fortalecer as capacidades de gestão nos níveis federal, estadual e municipal, além das equipes da Atenção Básica, visando ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados. **Objetivo**: O objetivo do estudo foi avaliar as condições de acessibilidade física, comunicacional, atitudinal e socioeconômica percebidas por usuários de uma Unidade Básica de Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia**: Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com usuários selecionados por amostragem por conveniência, por meio da aplicação de questionário estruturado composto por perguntas fechadas relacionadas às diferentes dimensões da acessibilidade. Os dados foram analisados de forma descritiva, respeitando os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados**: Os resultados indicaram avaliação predominantemente positiva do atendimento e do acolhimento prestados pela equipe de saúde; entretanto, foram identificadas barreiras relevantes, especialmente relacionadas à infraestrutura física, à comunicação entre profissionais e usuários, à insuficiente orientação sobre direitos das pessoas com deficiência e às limitações socioeconômicas, como dificuldades de transporte e custos associados ao cuidado em saúde. Também foram relatadas dificuldades no acesso a serviços especializados. **Conclusão:** Apesar da percepção favorável sobre a Atenção Primária, persistem barreiras estruturais, comunicacionais e socioeconômicas que comprometem a acessibilidade plena aos serviços de saúde, indicando a necessidade de investimentos em infraestrutura acessível, qualificação das equipes e fortalecimento de estratégias de comunicação e acolhimento para promoção da equidade e da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoas com Deficiência; Equidade em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Revista Eletrônica em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The 1988 Federal Constitution represented a historic milestone in the commitment undertaken by the Brazilian State to break with an authoritarian past and consolidate an inclusive and participatory democracy. In this context, the Ministry of Health established the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care (PMAQ-AB)**,** with the aim of strengthening management capacities at the federal, state, and municipal levels, as well as those of Primary Health Care teams, in order to expand access to and improve the quality of the services provided. **Objective**: The aim of this study was to assess perceived physical, communicational, attitudinal, and socioeconomic accessibility to health services among users of a Primary Health Care unit. **Methodology**: This was a quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted with users selected through convenience sampling, using a structured questionnaire composed of closed-ended questions addressing different dimensions of accessibility. Data were analyzed descriptively, and ethical principles established by National Health Council Resolution No. 466/2012 were observed. **Results**: The results showed a predominantly positive evaluation of the care provided and the welcoming approach of the health team; however, relevant barriers were identified, particularly regarding physical infrastructure, communication between health professionals and users, insufficient guidance on the rights of persons with disabilities, and socioeconomic limitations such as transportation difficulties and costs related to health care. Difficulties in accessing specialized services were also reported. **Conclusion**: In conclusion, despite the favorable overall perception of Primary Health Care, persistent structural, communicational, and socioeconomic barriers compromise full accessibility to health services, highlighting the need for investments in accessible infrastructure, professional training, and strengthened communication and welcoming strategies to promote equity and comprehensive care within the Unified Health System.

Palavras-Chave: Health Services Accessibility; Primary Health Care; Persons with Disabilities; Health Equity; Unified Health System (Brazil)

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico no compromisso assumido pelo Estado brasileiro de romper com um passado autoritário e consolidar uma democracia inclusiva e participativa. Impulsionados pelos movimentos sociais, em um contexto de crise econômica e supressão de direitos, emergiu o debate sobre a necessidade de reformas estruturais no país, tanto para garantir a participação popular nos processos decisórios quanto para fortalecer os direitos de cidadania da população historicamente excluída do acesso a necessidades fundamentais, como educação, moradia, alimentação e saúde (Escorel *et al.*, 2012).

A universalização do direito à saúde e o dever do Estado em garanti-lo foram assegurados na Carta Magna por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua instituição, o SUS enfrenta desafios constantes, os quais exigem o aperfeiçoamento contínuo das políticas públicas de saúde. Em 1994, foi implementado o Programa de Saúde da Família, com a finalidade de estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, consolidando-se posteriormente na Estratégia Saúde da Família (ESF), integrante da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, atualizada em 2017 (Silva *et al.*, 2020).

Atualmente, a APS/ESF apresenta cobertura superior a 90% em 73% dos municípios brasileiros, sendo reconhecida como a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, por meio da oferta de ações e serviços essenciais fundamentados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES), 2023). Assim, os princípios do SUS extrapolam a dimensão individual do cuidado, ao considerar os determinantes sociais da saúde e as necessidades da pessoa, da família e da comunidade, no contexto de uma rede integrada de atenção (Girondi *et al.*, 2014).

As redes de atenção à saúde são fundamentais para assegurar a continuidade do cuidado e o cumprimento dos princípios do SUS, uma vez que articulam os serviços em torno de objetivos comuns, sob lógica cooperativa e interdependente. A APS é responsável por organizar e coordenar esta rede, função que se alinha à Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde, que propõe a reorganização dos processos de trabalho segundo princípios éticos, clínicos e políticos, orientados pela resolutividade (Coutinho, Barbieri e dos Santos, 2015).

Entre as estratégias vinculadas à PNH, destaca-se o acolhimento, que visa assegurar o cuidado desde o primeiro contato do usuário com o serviço, promovendo uma abordagem integral, guiada pela escuta qualificada das necessidades individuais e coletivas. Tal abordagem fortalece o vínculo entre usuários e equipes de saúde, favorecendo a resolutividade do atendimento e promovendo o acesso equitativo por meio da escuta ativa (Coutinho, Barbieri e dos Santos, 2015).

É necessário, nesse contexto, distinguir os conceitos de acesso e acessibilidade, frequentemente utilizados como sinônimos, mas com significados

distintos. Penchansky e Thomas (1981) definem o acesso por meio de cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acolhimento, capacidade de pagamento e aceitabilidade. Já Starfield (2002) diferencia os termos ao considerar a acessibilidade como uma característica da oferta, e o acesso como a percepção do usuário. Donabedian (2003), por sua vez, compreende ambos os conceitos como a capacidade de prover cuidados de forma fácil e oportuna (Albuquerque *et al.*, 2014).

A acessibilidade, portanto, está diretamente relacionada à capacidade do sistema de saúde em responder às demandas da população. Donabedian (2003) propõe duas dimensões principais da acessibilidade: a geográfica, que abrange fatores como tempo e distância até os serviços; e a sócio-organizacional, que considera aspectos como qualificação da equipe, infraestrutura e decisões gerenciais que influenciam a continuidade e a qualidade do cuidado (Albuquerque *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de fortalecer as capacidades de gestão nos níveis federal, estadual e municipal, além das equipes da Atenção Básica, visando ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados (Figueiredo, Shimizu e Ramalho, 2020).

O PMAQ-AB foi estruturado em quatro fases, incluindo uma etapa de avaliação externa, na qual foram coletados dados sobre infraestrutura, insumos, processos de trabalho, integração em rede e percepções dos usuários sobre acessibilidade e qualidade dos serviços. Os resultados apontaram que, embora a maioria dos usuários considere as unidades próximas às suas residências, a distância ainda constitui barreira em algumas regiões. Observou-se também o tempo excessivo de espera para consultas não emergenciais e a superlotação nos atendimentos médicos, especialmente em cidades como Florianópolis (Figueiredo, Shimizu e Ramalho, 2020).

Outro aspecto relevante refere-se à acessibilidade de pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estudos revelam a persistência de barreiras arquitetônicas, como ausência de rampas, banheiros adaptados e espaço adequado para cadeiras de rodas, comprometendo o acesso e a permanência desses usuários no serviço de saúde (Amorim, Liberali e Medeiros Neta, 2018).

De acordo com levantamento realizado em diversos estados, aproximadamente 60% das UBS apresentavam inadequações estruturais, como degraus, ausência de corrimãos e salas de espera sem adaptação. Essas barreiras físicas, associadas a atitudes excludentes, contribuem para a manutenção das desigualdades no acesso à saúde (Amorim, Liberali e Medeiros Neta, 2018).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2022, o Brasil conta com cerca de 18,6 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 8,9% da população com dois anos ou mais. Destes, 47,2% possuem 60 anos ou mais, o que evidencia a importância de políticas públicas voltadas a esse grupo (IBGE, 2023).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015) define pessoa com deficiência como aquela com impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, tem restringida sua participação plena e igualitária na sociedade. A legislação determina o dever do Estado de garantir o direito à saúde, de forma integral, contínua e em todos os níveis de complexidade, por meio do SUS, promovendo a inclusão social, econômica e pessoal desses indivíduos (Brasil, 2015).

No município de Franca, estado de São Paulo, o bairro Jardim Ângela Rosa — local de realização do presente estudo — foi fundado entre as décadas de 1950 e 1960, com a finalidade de abrigar trabalhadores da indústria calçadista, principal setor econômico local. Situado em região elevada, o bairro facilitava o acesso às fábricas, promovendo o assentamento das famílias trabalhadoras (Chiquito, 2006).

Com o tempo, consolidou-se como área residencial, recebendo infraestrutura básica para atender à demanda crescente. A história do bairro está fortemente vinculada ao desenvolvimento urbano e econômico da cidade, sendo relevante analisar suas particularidades em relação ao acesso aos serviços de saúde, considerando fatores socioeconômicos, envelhecimento populacional, jornada laboral e a própria infraestrutura viária.

A análise das barreiras à acessibilidade no Jardim Ângela Rosa pode subsidiar políticas públicas mais eficazes, voltadas à melhoria do acesso e da qualidade da atenção em saúde. Ao identificar os principais entraves, será possível propor intervenções direcionadas à infraestrutura, à qualificação das equipes e à ampliação dos serviços, considerando as especificidades sociais e ocupacionais da população local.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições de acessibilidade física, comunicacional, atitudinal e socioeconômica percebidas pelos usuários de uma Unidade Básica de Saúde localizada no bairro Jardim Ângela Rosa, no município de Franca-SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a presença de barreiras arquitetônicas e estruturais que possam dificultar ou limitar o acesso dos usuários aos serviços ofertados pela Unidade Básica de Saúde.

Avaliar a clareza, a compreensão e a efetividade da comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e os usuários durante o atendimento.

Analisar a percepção dos usuários quanto às atitudes, ao acolhimento, ao respeito e à qualidade das relações estabelecidas com a equipe de saúde.

Verificar de que maneira fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade e acesso ao transporte, podem influenciar o acesso e a experiência dos usuários na utilização dos serviços de atenção primária à saúde.

Identificar possíveis lacunas relacionadas às diferentes dimensões da acessibilidade, de modo a subsidiar propostas voltadas à promoção da inclusão, da equidade e da qualificação do acesso aos serviços de saúde.

3. METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem quantitativa, descritiva e transversal, com o objetivo de analisar aspectos relacionados à acessibilidade em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no bairro Jardim Ângela Rosa, no município de Franca-SP. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado, contendo perguntas fechadas relacionadas a quatro dimensões da acessibilidade: física, comunicacional, atitudinal e socioeconômica. Tais informações foram organizadas, formando um banco de dados a serem analisados e classificados de forma numérica, categorizando-os estatisticamente

O instrumento de coleta foi desenvolvido com base em diretrizes da NBR 9050:2020 (Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), 2020), do Ministério da Saúde e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015) (Brasil, 2015), abrangendo itens como: presença de rampas, sinalização tátil, atendimento preferencial, compreensão das orientações médicas e influência de fatores econômicos no acesso aos serviços.

O questionário foi aplicado presencialmente a usuários da UBS, selecionados por conveniência, respeitando critérios éticos de anonimato e consentimento livre e esclarecido. A amostra foi composta por um total de 50 participantes, distribuídos conforme diferentes faixas etárias e perfis socioeconômicos.

Os dados coletados foram organizados em gráficos e tabelas para facilitar a visualização e interpretação dos resultados. A análise foi realizada de forma descritiva, permitindo identificar fragilidades e potencialidades da unidade no que se refere à promoção de um atendimento acessível e inclusivo.

O presente estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 7.005.563, CAAE nº 80308224.0.0000.5384, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS

A análise do perfil dos usuários revelou que a maioria dos respondentes são do sexo feminino, com idade predominante entre 41 e 60 anos. A renda familiar média situa-se na faixa de 1 a 2 salários-mínimos, e a maioria dos usuários possui o ensino fundamental incompleto ou completo. Esses dados indicam uma população majoritariamente adulta, de baixa renda e com

escolaridade básica, o que pode influenciar diretamente na forma como acessam e compreendem os serviços de saúde.

A maioria dos usuários considerou a estrutura física da UBS como boa, embora tenha sido apontada a necessidade de melhorias em aspectos específicos de acessibilidade, como rampas, sinalização e disponibilidade de cadeiras de rodas. Esses resultados sugerem que, embora haja uma percepção geral positiva, existem barreiras físicas que podem dificultar o acesso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Os usuários relataram satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, destacando a cordialidade e o acolhimento. No entanto, alguns apontaram falhas na comunicação, especialmente em relação à clareza das orientações médicas e à disponibilidade de informações sobre exames, tratamentos e agendamentos. Isso indica a necessidade de fortalecer o suporte informativo como componente essencial da acessibilidade.

Fatores socioeconômicos como renda, escolaridade e situação de moradia foram citados como determinantes para o acesso e continuidade do cuidado na UBS. Dificuldades de locomoção, falta de transporte público adequado e custos com medicamentos foram mencionados como barreiras frequentes. Esses achados reforçam a importância de políticas públicas que integrem ações de saúde com iniciativas de assistência social.

Apesar das dificuldades, a maioria dos usuários manifestou satisfação com o atendimento da UBS e reconheceu os esforços da equipe para oferecer um cuidado humanizado. Entre as principais sugestões de melhoria estão a ampliação do horário de funcionamento, maior oferta de especialidades médicas, investimentos em acessibilidade e melhorias na comunicação entre equipe e usuários.

Diante do panorama apresentado, serão categorizados os dados obtidos por meio do questionário aplicado aos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de se facilitar a organização da análise e promover discussões pormenorizadas sobre as barreiras de acesso, a qualidade do cuidado e os fatores socioeconômicos. Considerando a afinidade entre as 17 questões aplicadas, as mesmas foram organizadas de acordo com os seguintes temas-chave, conforme apresentado a seguir:

A) Acessibilidade aos serviços de saúde:
Questão 1: Há dificuldade em realizar o agendamento da consulta?
Questão 3: Foram encontrados os serviços de saúde necessários?
Questão 11: A localização das unidades de saúde é considerada adequada?
Questão 14: Existe dificuldade no acesso ao transporte público?

B) Qualidade do atendimento médico e cuidado prestado:
Questão 2: Houve acesso a médicos dispostos a atender pacientes gravemente incapacitados e com condições complexas?
Questão 4: O médico demonstrou iniciativa na solicitação de exames e cuidados preventivos?

Questão 7: O profissional de saúde estabeleceu comunicação adequada com o paciente ou cuidador?
Questão 10: O paciente foi envolvido na tomada de decisões sobre sua saúde?
Questão 13: As informações fornecidas sobre a saúde e o tratamento foram compreendidas?
Questão 16: Houve relato de discriminação por parte dos profissionais de saúde?

C) Disponibilidade de informações e suporte:
Questão 5: Houve acesso a informações sobre saúde e prevenção de doenças?
Questão 6: Houve apoio por parte dos profissionais da UBS quando solicitado?
Questão 17: O paciente sentiu-se apoiado durante o processo de recuperação?

D) Condição socioeconômica e impacto no acesso:
Questão 8: O usuário possui plano de saúde?
Questão 9: Caso o serviço de saúde fosse pago, haveria condição financeira para arcar com os custos?
Questão 12: O custo de deslocamento até a UBS é considerado um impedimento ao acesso?
Questão 15: A UBS deixou de ser utilizada por motivos financeiros?

4.1 Acessibilidade aos Serviços de Saúde

Este eixo temático abrange os fatores relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contemplando as questões 1, 3, 11 e 14. A acessibilidade constitui elemento fundamental na promoção da equidade em saúde, sobretudo em sistemas públicos voltados ao atendimento de populações vulneráveis. De acordo com Travassos e Martins (Travassos e Martins, 2004), o conceito de acesso é complexo, frequentemente utilizado de maneira imprecisa e cuja relação com o uso dos serviços de saúde nem sempre é clara, variando conforme o autor, o tempo e o contexto. Para fins deste estudo, o conceito de acesso foi delimitado às barreiras e aos facilitadores relacionados ao agendamento de consultas, à disponibilidade de serviços, à localização das unidades e ao transporte público.

Para esse bloco de questões utilizamos média simples para elaboração do gráfico representado na Figura 1), em que foram consideradas as respostas favoráveis ao eixo “acessibilidade aos serviços de saúde” versus as respostas desfavoráveis, em que na média 12% dos usuários responderam “não” às questões enquanto 88% “sim”.

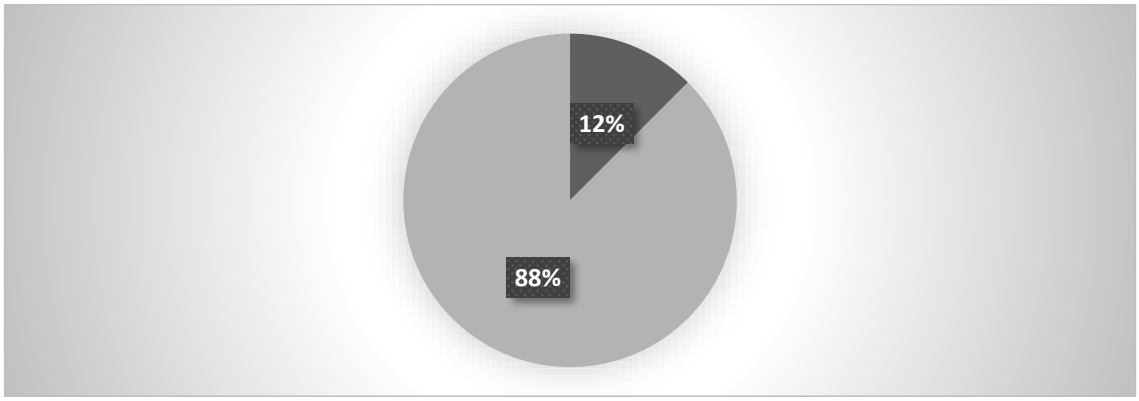


***Figura 1**. Representação gráfica com as médias das respostas ao primeiro bloco de questões*.

Conforme os dados, 12% dos respondentes relataram dificuldade em agendar consultas, enquanto 88% afirmaram não enfrentar problemas quanto a esse aspecto. Em estudo conduzido por Viegas, Carmo e Luz (Viegas, Carmo e da Luz, 2015), 60,5% dos usuários entrevistados consideraram a forma de marcação de consultas insatisfatória, sendo necessário, muitas vezes, comparecer de madrugada à unidade para obtenção de senha. Em contrapartida, os resultados deste estudo revelam elevado índice de satisfação, o que pode refletir melhorias nos sistemas de agendamento, como a adoção de tecnologias ou a maior eficiência organizacional nas UBS. Ainda assim, torna-se necessário investigar os motivos que dificultam o agendamento para os 12% restantes, podendo haver relação com limitações tecnológicas, ausência de vagas ou falhas nos canais de comunicação.

Observou-se que 86% dos participantes conseguiram encontrar os serviços de saúde de que necessitavam, ao passo que 14% indicaram dificuldades. Embora a maioria demonstre satisfação, a existência de lacunas para uma minoria relevante pode apontar para insuficiência de especialidades, exames ou tratamentos. Conforme argumenta Travassos e Martins (Travassos e Martins, 2004), a acessibilidade envolve não apenas o uso de serviços, mas a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades dos pacientes.

Para 92% dos entrevistados, a localização das unidades de saúde é adequada, enquanto 8% discordam. Essa percepção majoritariamente positiva sugere um posicionamento estratégico das UBS. No entanto, a insatisfação de parte dos usuários pode estar associada a fatores como distâncias excessivas, ausência de infraestrutura e barreiras geográficas. Donabedian (2003) relaciona a acessibilidade geográfica à chamada fricção espacial, mensurada por critérios como distância, tempo de deslocamento e custo da viagem.

Entre os participantes, 16% relataram dificuldade em acessar o transporte público, ao passo que 84% afirmaram não enfrentar essa limitação. Essa dificuldade pode representar um obstáculo considerável ao acesso à saúde, especialmente em áreas periféricas. Segundo Viegas, Carmo e Luz (2015), a distância da residência do usuário até a unidade, as falhas no transporte público

e a impossibilidade de custear passagens constituem importantes barreiras ao acesso.

4.2 Qualidade do Atendimento Médico e Cuidado Prestado

Este eixo temático engloba as questões relacionadas à interação entre os profissionais de saúde e os usuários, incluindo aspectos como empatia, clareza na comunicação, participação no processo terapêutico, respeito à autonomia do paciente, bem como a ocorrência de atitudes discriminatórias. Foram analisadas as questões 2, 4, 7, 10, 13 e 16, com ênfase na percepção subjetiva dos usuários sobre o acolhimento e a integralidade do cuidado recebido.

Da mesma forma do eixo anterior, utilizou-se também para este a média simples entre as respostas favoráveis versus as respostas desfavoráveis para o bloco de questões sobre “qualidade do atendimento médico e cuidado prestado”, em que na média 9% dos usuários responderam “não” às questões enquanto 91% “sim” (Figura 2).

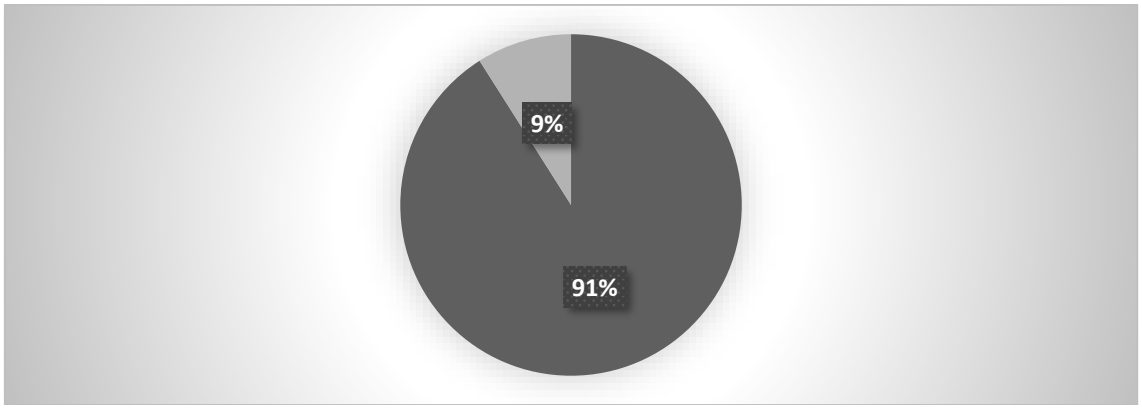


***Figura 2**. Representação gráfica com as médias das respostas ao segundo bloco de questões*.

Segundo Donabedian (2003), a qualidade da atenção à saúde pode ser avaliada sob três dimensões: estrutura, processo e resultados. No presente estudo, a análise se concentra na dimensão do processo, que diz respeito às práticas desenvolvidas no contato direto entre o profissional de saúde e o paciente.

A maioria dos respondentes (94%) afirmou ter encontrado profissionais dispostos a atender pacientes com incapacidades graves e condições complexas, enquanto 6% indicaram ausência de preparo ou disposição por parte dos profissionais. Este dado aponta para um quadro positivo de empatia e capacitação, ainda que a minoria insatisfeita revele a necessidade de formação continuada para lidar com a diversidade funcional e a complexidade clínica dos pacientes, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2008).

No total, 86% dos participantes relataram que os médicos demonstram iniciativa na solicitação de exames e práticas preventivas. Por outro lado, 14% não perceberam tal atitude. Essa diferença evidencia a existência de variações no padrão de conduta clínica, o que pode comprometer a integralidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde deve atuar com foco preventivo e proativo, identificando riscos e promovendo intervenções precoces (STARFIELD, 2002).

A comunicação efetiva foi destacada por 94% dos entrevistados, enquanto 6% apontaram falhas nesse aspecto. A escuta qualificada e o uso de linguagem acessível são componentes essenciais para o vínculo terapêutico e a adesão ao tratamento. Quando falhas de comunicação ocorrem, o risco de descontinuidade do cuidado aumenta (Berwick, 2003).

A autonomia dos usuários foi respeitada em 88% dos casos, segundo os relatos. No entanto, 12% afirmaram não ter sido envolvidos nas decisões sobre sua saúde. A tomada de decisão compartilhada é um dos pilares da humanização no atendimento, promovendo corresponsabilização e maior engajamento do paciente no seu tratamento (Brasil, 2004).

A maioria (92%) declarou compreender as informações transmitidas pelos profissionais, ao passo que 8% relataram dificuldades. Este dado, embora positivo, reforça a necessidade de estratégias para promoção da educação em saúde, com uso de linguagem simplificada e recursos visuais ou escritos, sempre que necessário.

No que se refere à ocorrência de discriminação, 8% dos participantes afirmaram já ter se sentido discriminados durante o atendimento. Embora a maioria (92%) não tenha identificado esse tipo de comportamento, qualquer ocorrência de discriminação representa uma grave violação ética e deve ser enfrentada com rigor. Segundo a Lei nº 10.048/2000 (Brasil, 2000), pessoas com deficiência têm direito a atendimento prioritário e livre de preconceitos nos serviços públicos.

4.3 Disponibilidade de Informações e Suporte

Este eixo analítico contempla a avaliação dos usuários quanto à oferta de informações sobre os direitos das pessoas com deficiência, bem como à existência de suporte emocional e orientações adequadas para o enfrentamento das limitações de saúde. Foram consideradas as respostas às questões 3, 6, 11 e 15, que envolvem tanto a dimensão informacional quanto o acolhimento subjetivo.

E mais uma vez foi elaborado o gráfico das respostas favoráveis versus às desfavoráveis, porém aqui em relação ao eixo “disponibilidade de informações e suporte”, em que na média 40% dos usuários responderam “não” às questões enquanto 60% “sim” (Figura 3).

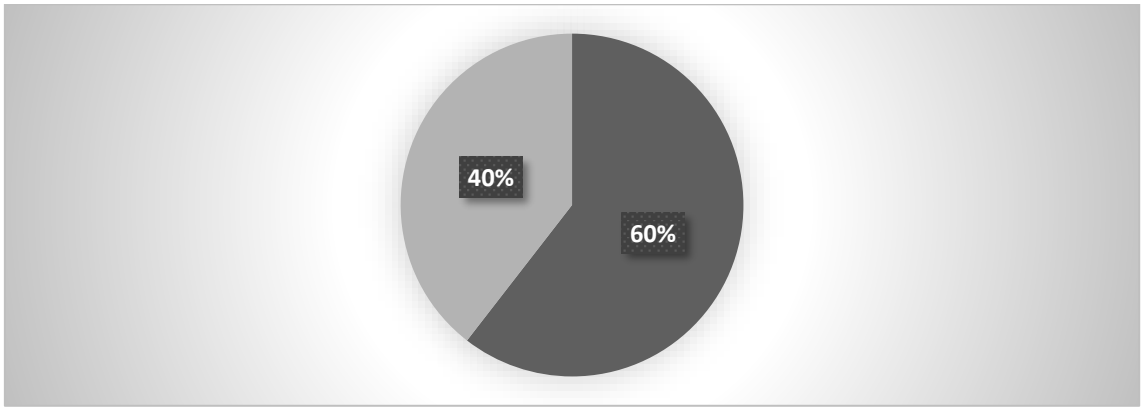


***Figura 3**. Representação gráfica com as médias das respostas ao terceiro bloco de questões*.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2011), o acesso à informação de qualidade é elemento essencial para a promoção da saúde, o empoderamento do paciente e a construção de um sistema de saúde equitativo. No caso das pessoas com deficiência, esse aspecto é ainda mais relevante, dada a necessidade de orientação contínua sobre direitos legais, benefícios sociais e cuidados específicos.

Observou-se que apenas 38% dos entrevistados receberam informações claras sobre seus direitos legais e sociais. A maioria (62%) relatou nunca ter sido orientada a respeito. Essa lacuna evidencia uma fragilidade estrutural na disseminação de informações relevantes à cidadania das pessoas com deficiência, contrariando o que estabelece a Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015), que preconiza o dever do Estado e dos serviços de saúde em promover o acesso ao conhecimento de forma acessível e contínua.

A presença de suporte emocional adequado foi identificada por 66% dos respondentes, enquanto 34% relataram ausência de acolhimento nesse aspecto. O apoio emocional deve ser parte integrante do cuidado em saúde, principalmente diante das condições crônicas ou limitantes, que afetam não apenas o paciente, mas também sua rede de apoio. Profissionais da Estratégia Saúde da Família devem estar capacitados para identificar e intervir em demandas psicossociais, conforme orienta a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004).

Quanto à compreensão das orientações sobre o cuidado com a saúde, 86% dos participantes relataram que as informações foram claras e acessíveis. Em contrapartida, 14% não compreenderam totalmente os cuidados indicados. Este resultado reforça a importância da comunicação adaptada, que leve em conta a escolaridade, os déficits sensoriais e as barreiras cognitivas que podem afetar o entendimento. Estratégias como uso de materiais visuais, linguagem simples e reiterações sucessivas são recomendadas (Organização Mundial da Saúde, 2017).

Somente 52% dos entrevistados afirmaram ter recebido orientações adequadas quando surgiram novas limitações ou piora do quadro de saúde. Os demais (48%) não se sentiram suficientemente apoiados nesse momento. Este

dado aponta para a necessidade de fortalecer o acompanhamento longitudinal e proativo por parte da equipe de saúde, conforme preconizado pela Atenção Primária, que deve atuar como coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002).

4.4 Impacto da Condição Socioeconômica no Acesso à Saúde

Este eixo aborda a relação entre as condições econômicas e o acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas com deficiência atendidas pela UBS do bairro Jardim Ângela Rosa. As análises foram baseadas nas respostas às questões 2, 4, 5, 12 e 13 do questionário aplicado, considerando variáveis como renda familiar, dificuldades de acesso a tratamentos especializados e disponibilidade de transporte adaptado.

A maioria dos entrevistados (74%) relatou que a renda familiar é insuficiente para custear os cuidados necessários à manutenção da saúde, como medicamentos, exames ou atendimentos complementares. Esse dado é consistente com estudos que demonstram que pessoas com deficiência estão mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social (World Health Organization, The World Bank, 2011). A baixa renda compromete diretamente a continuidade do cuidado e o acesso a recursos essenciais, como órteses, próteses e terapias.

Observou-se que 81% dos entrevistados enfrentam dificuldades para acessar médicos especialistas por dependerem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). A escassez de vagas e a demora nas marcações são obstáculos recorrentes, agravados pelas limitações econômicas, que inviabilizam a busca por alternativas no setor privado. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2008) enfatiza a importância da articulação entre atenção básica e média complexidade, o que ainda não se concretiza de maneira efetiva no território estudado.

Apenas 26% dos participantes relataram utilizar transporte adaptado, e muitos mencionaram a inexistência desse serviço ou dificuldades de agendamento. A ausência de transporte acessível compromete diretamente o comparecimento a consultas, exames e tratamentos, criando uma barreira concreta ao cuidado contínuo. A Lei n.º 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) garante o direito à mobilidade e ao transporte acessível, mas, na prática, a política pública não é plenamente implementada no município analisado (Brasil, 2015).

Entre os entrevistados, 58% declararam que não conseguiram realizar exames ou iniciar reabilitação devido à fila de espera ou à falta de encaminhamento adequado. Esse dado revela fragilidade na regulação do cuidado e na continuidade terapêutica, comprometendo o prognóstico das condições de saúde e contribuindo para o agravamento de deficiências funcionais evitáveis. A Atenção Primária deve exercer o papel de coordenadora do cuidado, com encaminhamentos resolutivos e acompanhamento ativo dos casos (STARFIELD, 2002).

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que, embora os usuários da UBS avaliem positivamente o acolhimento e a organização do serviço, persistem barreiras estruturais, socioeconômicas e comunicacionais que limitam a acessibilidade integral. Esses achados estão alinhados com a literatura nacional sobre Atenção Primária à Saúde, que historicamente aponta desigualdades no acesso de populações vulneráveis, como pessoas com deficiência, idosos e indivíduos de baixa renda (STARFIELD, 2002).

No que se refere à acessibilidade física, os usuários relataram dificuldades relacionadas à inadequação de rampas, sinalização insuficiente e espaços internos pouco adaptados. Tais barreiras comprometem especialmente o acesso de pessoas com mobilidade reduzida, contrariando as diretrizes da Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015) e da ABNT NBR 9050 (2020). Esses resultados corroboram avaliações nacionais do PMAQ-AB (Figueiredo, Shimizu e Ramalho, 2020), que identificam a infraestrutura das UBS como um dos pontos mais frágeis da rede de atenção básica.

No campo da comunicação em saúde, embora a maioria dos usuários tenha compreendido as orientações recebidas, uma parcela significativa relatou dificuldades na clareza das informações sobre fluxos de atendimento, encaminhamentos e direitos. A comunicação ineficaz é um determinante crítico da adesão terapêutica e da segurança do paciente, especialmente entre populações com menor escolaridade (Schillinger *et al.*, 2003). Isso reforça a necessidade de estratégias de comunicação inclusiva, com uso de linguagem clara e recursos visuais.

As barreiras socioeconômicas também se mostraram relevantes, com relatos de dificuldades de transporte, custos indiretos com medicamentos e longos tempos de espera para serviços especializados. Esses fatores limitam a capacidade de navegação no sistema de saúde e agravam desigualdades já documentadas na literatura (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Pessoas com deficiência, em particular, enfrentam taxas mais altas de vulnerabilidade econômica e dependência exclusiva do SUS, o que dificulta o acesso a cuidados complementares e reabilitação.

Outro ponto crítico identificado foi a fragilidade na articulação entre atenção básica e serviços especializados, com demora no acesso a exames e reabilitação. Isso reflete lacunas na regulação do cuidado e na coordenação da rede, comprometendo a integralidade e a resolutividade da APS, conforme preconizado pela PNAB/2017 (Brasil, 2017).

Em síntese, este estudo evidencia que, apesar de um arcabouço legal robusto — como a Lei Brasileira de Inclusão —, a implementação prática da acessibilidade na APS ainda é incompleta (Brasil, 2015). Barreiras físicas, comunicacionais e socioeconômicas interagem de maneira complexa, gerando inequidades no acesso à saúde. Portanto, é imperativo fortalecer a Atenção Primária como ordenadora do cuidado, com investimentos em infraestrutura acessível, capacitação das equipes para comunicação inclusiva, articulação intersetorial com transporte e assistência social, e mecanismos de regulação

mais ágeis. Somente por meio de ações integradas e sustentadas será possível garantir a equidade e a inclusão no SUS, assegurando o direito à saúde para todos, conforme preconizado pela Constituição Federal e pelo marco legal da pessoa com deficiência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da acessibilidade na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Jardim Ângela Rosa da cidade de Franca - SP, a partir dos dados coletados por meio de questionário aplicado a usuários com deficiência, evidenciou múltiplas barreiras que comprometem o acesso pleno e equitativo aos serviços de saúde. As dificuldades físicas de locomoção no espaço da UBS, as limitações na comunicação e na oferta de suporte informativo, bem como os entraves de ordem econômica, revelam a necessidade urgente de ações integradas e efetivas voltadas à promoção da inclusão.

O estudo demonstrou que, embora existam normativas nacionais que asseguram o direito à acessibilidade, como a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n.º 13.146/2015), a realidade cotidiana ainda está marcada por falhas na sua implementação. Fatores como a ausência de estrutura física adequada, a falta de capacitação dos profissionais para o atendimento inclusivo e a insuficiência de políticas públicas voltadas à superação das desigualdades sociais agravam a vulnerabilidade vivenciada por esse grupo populacional.

Diante disso, torna-se imperativo o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e promotora da equidade, com foco na escuta qualificada, na articulação com a rede intersetorial e na valorização das singularidades dos usuários com deficiência. Somente por meio de ações planejadas, participativas e sustentadas será possível garantir que os direitos constitucionais à saúde e à dignidade da pessoa com deficiência sejam efetivamente respeitados e promovidos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. D. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **SAÚDE DEBATE**, 38, n. ESPECIAL, OUT 2014. 182-194.

AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. AVANÇOS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **HOLOS**, 01, 2018. 224-236.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050:** Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: [s.n.], 2020.

BERWICK, D. M. Disseminatin Innovations in Health Care. **JAMA**, 289, n. 15, Apr 2003.

BRASIL. LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000. **Diário Oficial da União**, novembro 2000.

BRASIL. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.

BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015 Institui a Lei Brasieira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF**, jul 2015. Disponivel em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 01/01/2024 Dezembro 2024.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Diário Oficial da União**, setembro 2017.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17, n. 1, 2007. 77-93. Disponivel em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dezembro 2025.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Cobertura da Estratégia Saúde da Família e financiamento da APS no Brasil. Boletim Temático CEBES**, 2023. Disponivel em: <https://cebes.org.br/atencao-primaria-a-saude-no-brasil-no-inicio-de-2023/30524/>. Acesso em: 01 Dezembro 2024.

CHIQUITO, E. D. A. **EXPANSÃO URBANA E MEIO AMBIENTE NAS CIDADES NÃO-METROPOLITANAS - O caso de Franca - SP**. São Carlos: [s.n.], 2006.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; DOS SANTOS, M. L. D. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**, 39, n. 105, ABR-JUN 2015. 514-524.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

ESCOREL, S. et al. **POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, 28, n. 2, 2020. 288-301.

GIRONDI, J. B. R. et al. ACESSIBILIDADE DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Estud. Interdiscipl. envelhec.**, 19, n. 3, 2014. 825-837.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pessoas com deficiência no Brasil:** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2023. Disponivel em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 01/12/2024 Dezembro 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde 2017**, CSP29/10, julho 2017.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, 19, n. 2, Feb 1981. 127-140.

SCHILLINGER, D. et al. Closing the Loop. **JAMA Internal Medicine**, 163, n. 1, jan. 2003. 83-90. Disponivel em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/214905>. Acesso em: 15 dezembro 2025.

SILVA, L. S. et al. UNIVERSALIDADE DO ACESSO E ACESSIBILIDADE NO QUOTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: VIVÊNCIAS DE USUÁRIOS DO SUS. **REVISTA DE ENFERMAGEM DO CENTRO-OESTE MINEIRO**, 10, 2020.

STARFIELD, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. [S.l.]: [s.n.], 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, n. Sup 2, 2004. S190-S198.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.**, 24, n. 1, 2015. 100-112.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE WORLD BANK. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução para o português. ed. São Paulo: SEDPcD - Governo do Estado de São Paulo, 2011.