

PRÁXIS DA ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO DA PESSOA COM TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL: DESAFIOS DE ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

NURSING REHABILITATION PRACTICE OF PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURY: ACCESSIBILITY CHALLENGES IN PRIMARY CARE

PRAXIS DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN DE LA PERSONA CON TRAUMATISMO DE LA MÉDULA ESPINAL: DESAFÍOS DE ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Deisimeri Francisca Alves¹
Soraia Dornelles Schoeller²
Tony Ely de Oliveira Cunha³
Sandra Urbano dos Santos⁴
Thiara Silveira de Freitas⁵
Adilson de Godoi⁶

Como citar este artigo: Alves DF, Schoeller SD, Cunha TEO, Santos SU, Freitas TS, Godoi A. Práxis da enfermagem em reabilitação da pessoa com traumatismo da medula espinal: desafios de acessibilidade na Atenção Primária. Rev baiana enferm. 2024;38:e62853.

Objetivo: analisar a práxis do enfermeiro da Atenção Primária na reabilitação das pessoas com traumatismo da medula espinal. Método: pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, realizada na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis, com verificação da acessibilidade local, análise de protocolos adotados e entrevistas presenciais com 16 enfermeiros mediante observação de suas consultas, conduzida pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. Resultados: dos profissionais, 62,5% atenderam ou atendem pessoas com traumatismo da medula espinal e 37,5% nunca cuidaram desse trauma. Identificou-se três categorias de cuidado: reabilitador, apoiado em preconceitos e cuidado com dificuldades. Considerações finais: a práxis da Enfermagem denota, em grande parte, o cuidado reflexivo na reabilitação, embora apresente inadequações de acessibilidade e preconceitos que dificultam a inclusão, que devem ser superados como forma de fortalecimento das políticas públicas. A falta de

Autora Correspondente: Deisimeri Francisca Alves, deisi.ufsc@gmail.com

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5830-4152>.

² Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0758-3777>.

³ Centro Universitário Fundação Santo André. Santo André, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8742-3422>.

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7349-0301>.

⁵ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0821-6303>.

⁶ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3327-5911>.

acessibilidade continua sendo um desafio significativo de grande impacto no cuidado prestado pelo enfermeiro à pessoa em reabilitação.

Descritores: Traumatismos da Medula Espinal. Enfermagem em Reabilitação. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Reabilitação. Atenção Primária à Saúde.

Objective: to analyze the practice of the Primary Care nurse in the rehabilitation of people with spinal cord injury. Method: qualitative research, case-study type, carried out in the Primary Health Care of the city of Florianópolis, with verification of local accessibility, analysis of protocols adopted and face-to-face interviews with 16 nurses through observation of their consultations, conducted by Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. Results: of the professionals, 62.5% assisted or assist people with spinal cord injury and 37.5% never cared for this trauma. Three categories of care were identified: rehabilitator, supported by prejudices and care with difficulties. Final considerations: the praxis of nursing denotes, in large part, reflective care in rehabilitation, although it presents inadequacies of accessibility and prejudices that hinder inclusion, which must be overcome as a way of strengthening public policies. The lack of accessibility continues to be a significant challenge with great impact on the care provided by nurses to the person in rehabilitation.

Descriptors: Spinal Cord Injuries. Rehabilitation Nursing. Health Services Accessibility. Rehabilitation. Primary Health Care.

Objetivo: analizar la praxis de enfermero de atención primaria en rehabilitación de personas con traumatismo de la médula espinal. Método: investigación cualitativa, tipo estudio de caso, realizada en la Atención Primaria de Salud del municipio de Florianópolis, con verificación de la accesibilidad local, análisis de protocolos adoptados y entrevistas presenciales con 16 enfermeras mediante observación de sus consultas, conducida por el Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. Resultados: de los profesionales, el 62,5% atendió o atiende a personas con traumatismo de la médula espinal y el 37,5% nunca cuidaron de ese trauma. Se identificaron tres categorías de cuidado: rehabilitador, apoyado en prejuicios y cuidado con dificultades. Consideraciones finales: la praxis de enfermería denota, en gran parte, el cuidado reflexivo en rehabilitación, aunque presenta inadecuaciones de accesibilidad y prejuicios que dificultan la inclusión, que deben ser superados como forma de fortalecimiento de las políticas públicas. La falta de accesibilidad sigue siendo un desafío significativo de gran impacto en el cuidado que brinda la enfermera a la persona en rehabilitación.

Descritores: Traumatismos de la Médula Espinal. Enfermería en Rehabilitación. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Rehabilitación. Atención Primaria de Salud.

Introdução

O traumatismo da medula espinal (TME) é uma síndrome neurológica que provoca consequências fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas, acarretando necessidade de reabilitação complexa para atender às demandas de adaptação dessas pessoas, objetivando melhor qualidade de vida e reinserção social⁽¹⁾. Estima-se que, no Brasil, a incidência dessa situação seja de aproximadamente 6 a 8 mil novos casos por ano, sendo 80% das vítimas do sexo masculino, das quais 60% entre as idades de 10 e 30 anos. A maior parte de origem traumática, decorrente especialmente de acidentes com motocicletas, automobilísticos, ferimentos por projétil de arma de fogo e quedas, sendo uma condição com grande impacto socioeconômico para o país⁽²⁾.

As pessoas que sofrem TME necessitam de uma reabilitação formada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, sendo o enfermeiro essencial nesse processo, para reconhecer as demandas de cuidado e desenvolver diagnósticos de enfermagem que evidenciem intervenções de cuidado que melhorem a qualidade de vida dessas pessoas⁽¹⁾.

Além disso, os enfermeiros constituem o maior grupo de profissionais de saúde do mundo, sendo fundamental em todos os níveis de atendimento, com prestação de cuidados integrados centrados na pessoa⁽³⁾. Assim, a consulta de enfermagem possibilita a assistência no cuidado individual, sendo uma oportunidade para se trabalhar o cuidado reabilitador, visando

as potencialidades e independência, de modo a propiciar promoção da saúde e prevenção de agravos⁽⁴⁻⁵⁾.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁶⁾, a reabilitação é a união de medidas que auxiliam as pessoas com problemas de saúde a potencializar funcionalidades e minimizar as incapacidades, mediante interação com o ambiente à sua volta. A reabilitação pode ser entendida, ainda, como um processo educativo, assistencial e multiprofissional, que objetiva um esforço conjunto para o desenvolvimento de habilidades, prevenção de complicações e incapacidades, incentivando a inclusão social por meio da educação, de forma a transformar os pensamentos e as ações das pessoas com relação à temática⁽⁷⁾.

A Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI-PcD), Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, ou, também, Estatuto da Pessoa com Deficiência, define a acessibilidade como garantia às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida de condições para usufruir, com segurança e autonomia, “[...] de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo [...]”^(8,12), sendo este um requisito indispensável para a inclusão.

O mesmo dispositivo conceitua barreira como qualquer impedimento ou dificuldade que restrinja ou impeça “[...] a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros [...]”^(8,7).

A Atenção Primária à Saúde (APS), uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, atua como centro de comunicação dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo primordial na reabilitação, na assistência e na continuidade do cuidado, por ser o nível de atenção que se encontra no território de moradia da pessoa^(7,9). A APS é constituída pela Unidade Básica de Saúde (UBS), quando não possui equipe de Saúde da Família, e Unidade

de Saúde da Família (USF), quando tem, pelo menos, uma equipe⁽¹⁰⁾.

A reabilitação na APS tem papel significativo, sendo um processo dinâmico no qual as ações estão relacionadas com o contexto sociocultural da pessoa com deficiência, a fim de melhorar sua qualidade de vida. Dessa forma, os enfermeiros são responsáveis por ações de cuidados voltadas à educação em saúde, baseadas em orientações direcionadas ao usuário, seu bem-estar e sua família. Evidências de estudo denotam que a capacidade de oferecer um cuidado integrado na APS é fundamental para a reabilitação, reintegração biopsicossocial e reconhecimento da pessoa, considerando que os cuidados de enfermagem de reabilitação envolvem os direitos sociais, ligações afetivas e solidariedade^(7,11-13).

Todavia, as pessoas com TME não têm o devido acompanhamento nesse nível de atenção e deixam para tratar algo que poderia ser acompanhado nesse local, como exemplo, a lesão por pressão (LPP), na atenção secundária ou terciária. Nesse universo, a presente pesquisa procura identificar o porquê desse contexto situacional, uma vez que o atendimento nas USF é mais próximo à residência da pessoa e, portanto, presume-se, de maior facilidade de acesso, o que pode amenizar os agravamentos de saúde, favorecer o prognóstico e minimizar os custos da assistência, contribuindo com a práxis da enfermagem, com a reabilitação da pessoa com TME e com a formação profissional em saúde. Assim, o estudo teve o objetivo de analisar a práxis do enfermeiro da atenção primária na reabilitação das pessoas com traumatismo da medula espinal.

Método

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, do tipo estudo de caso, realizada entre os meses de julho e dezembro de 2021, decorrente do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Enfermagem da pesquisadora principal⁽¹⁴⁾. A opção por estudo de caso ocorre pela possibilidade de leitura do fenômeno atual, desenhado por múltiplas fontes de evidência, incluindo dados obtidos com o uso de diversas

técnicas e instrumentos em uma triangulação dos fatos relevantes, constitutivos das ações dos atores envolvidos⁽¹⁵⁾. Visa aprofundar pensamentos e significações do fenômeno, além de dar voz às pessoas ao considerar a conjuntura e subjetividade, de modo a integrar à pesquisa em saúde e às ciências sociais⁽¹⁶⁾. A pesquisa seguiu as diretrizes básicas do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para elaboração de relatórios.

O cenário da pesquisa foi o município de Florianópolis, capital de um estado do sul do Brasil, que possui quatro unidades operacionais de saúde, com abrangência de vários bairros do município cobertos pelo SUS. O local selecionado para o estudo foi a APS de um dos quatro Distritos Sanitários do município, que tem uma população ativa de 380.659 pessoas atendidas em consultas de enfermagem até fevereiro de 2022, representando 25% do total da amostra, escolhida pela representatividade do distrito em razão da população absoluta⁽¹⁷⁾. Os pesquisadores que conduziram a investigação são participantes do Laboratório de ensino, pesquisa, extensão e tecnologia em Enfermagem, Saúde e Reabilitação ((Re)Habilitar) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde aprofundam a expertise, orientados por pesquisadora com pós-doutorado. Sobre a flexibilidade, as pesquisadoras são enfermeiras do sexo feminino, estavam integradas em um projeto guarda-chuva que as inseriu no campo. Foi realizado treinamento com a orientadora da pesquisa, também autora deste artigo, e entrevista piloto, com posterior discussão, sem modificações significativas. A pesquisadora principal não mantinha contato direto com os participantes da pesquisa.

Para as reflexões do material emergente foi adotada a proposta do método hermenêutico dialético como sugerido por Minayo^(18:77), em que: “[...] a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”. Os participantes da pesquisa foram 16 enfermeiras(os) lotadas(os)

nas USF, por representar a totalidade do Distrito escolhido, tendo como critério de inclusão estar em exercício profissional efetivo, lotado na APS há, pelo menos, 1 ano no momento do estudo. Como critério de exclusão adotou-se: estar afastado do serviço, em gozo de férias ou licença; atuar exclusivamente na gestão; estar cursando residência. Desses, 93,75% eram do sexo feminino e 6,25% do sexo masculino. A idade variou entre 20 e 49 anos, com tempo de serviço de 1 a 20 anos. Quanto ao tempo de formação, 50% graduaram-se há mais de 10 anos, todos possuem pós-graduação *lato sensu*; 18,75% pós-graduação *stricto sensu*; 6,25% possuem doutorado e apenas 25% possuem capacitação voltada para reabilitação. Nenhum dos convidados para a pesquisa recusou-se a participar do estudo.

Na coleta de dados, foi utilizada a proposta metodológica de Yin⁽¹⁹⁾ para o estudo de caso, que ocorreu com a seguinte triangulação: entrevista com o enfermeiro e observação da consulta de enfermagem, com base em roteiro estruturado; observação arquitetônica do ambiente, com base em checklist adaptado da norma técnica vigente da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) Norma Brasileira (NBR) 9050:2020, e análise de protocolos e documentos municipais que orientam o atendimento do enfermeiro com relação às pessoas com TME.

Como procedimentos adotados, os pesquisadores fizeram contato prévio por meio eletrônico com os profissionais participantes da pesquisa, em amostragem não probabilística, selecionados por conveniência, para informar sobre os interesses e as razões da aplicação do estudo, assim como sua importância e outras características necessárias ao vínculo. Em entrevistas presenciais, foi abordado a existência de pessoas com essa condição no território; se elas são atendidas nas USF; se o profissional já atendeu pessoas com esses transtornos, como foi essa assistência, motivos que as levaram a buscar o local, principais problemas de saúde, facilidades e dificuldades, adesão ao tratamento, complicações; se buscaram algum tipo de material e qual o fluxo para que o consigam; acessibilidade. A observação do

atendimento teve como ponto central buscar compreender se o cuidado efetuado pelo enfermeiro condiz com sua fala, com relação ao acolhimento e à reabilitação.

Os dados coletados foram registrados por meio de gravações em áudio, com anotações em diário de campo durante a consulta de enfermagem, bem como das percepções acerca da práxis do profissional, e em formulário eletrônico, o Google Forms, concernente à observação arquitetônica do local.

Após a entrevista com o enfermeiro, observação da consulta de enfermagem e o roteiro estruturado, o estudo aprofundou-se sobre a experiência desses profissionais com relação ao cuidado de pessoas com TME. A questão norteadora da pesquisa referiu-se ao fato de o entrevistado apresentar alguma particularidade na vivência do cuidado dessas pessoas; algumas outras questões foram relevantes para a compreensão da realidade estudada. Assim, mediante o aprofundamento da temática, bem como do cruzamento das respostas dos participantes, foi possível formar um leque valioso de informações que emergiram da lógica interna dos entrevistados e da narrativa baseada em suas falas, originando as categorias de análise, como exposto nos resultados.

Para análise dos dados foi empregado a proposta de Minayo⁽²⁰⁾ em pesquisa qualitativa, segundo a qual o estudo se inicia com a elaboração do projeto de pesquisa e fase exploratória; seguido pelo trabalho em campo, em que se implementam as ações, neste caso, a entrevista, a observação e o estudo de documentos sobre a temática, finalizando com a análise e tratamento do material empírico e documental identificado. Essas ações delinearam o ciclo deste estudo, com base no problema de pesquisa.

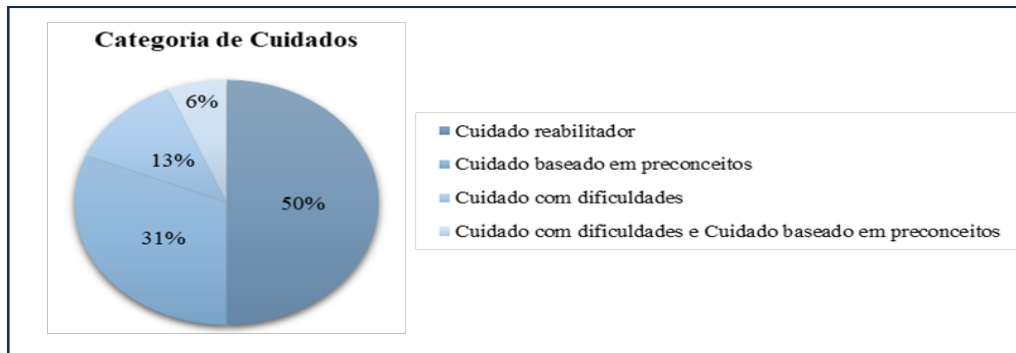
Em um primeiro momento, foi realizada a transcrição dos áudios; em seguida, efetuou-se leitura dinâmica de todo o material coletado, visando a percepção da práxis e saturação dos dados. No segundo momento, houve o refinamento da leitura, com observação de possíveis lacunas das ações, sendo devolvidas para validação de

dados e posterior feedback de transcrições não significativas pelos participantes. No terceiro momento, as interpretações aprofundadas do material deram origem às categorias por meio da triangulação de dados e hermenêutica-dialética⁽¹⁸⁾. Seguida, num quarto momento, pelo tratamento, inferência e interpretação dos resultados a respeito da práxis da enfermagem da atenção primária referente aos cuidados das pessoas com TME. Para manter o anonimato dos entrevistados, os nomes pessoais foram substituídos pela letra P (participante), seguida pelo número ordinal pela ordem da realização.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH), com registro de identificação Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) n. 45216721.3.0000.0121 e Parecer n. 4.680.644, autorização da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, como parte integrante do projeto *Reabilitação na atenção primária em saúde: Práxis do enfermeiro*. Todas as diretrizes da Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde⁽²¹⁾, foram atendidas, para a condução do presente estudo.

Resultados

Dos 16 enfermeiros entrevistados em um Distrito Sanitário de Florianópolis, 10 já haviam atendido ou atendem no momento pessoas com TME e 6 nunca atenderam pessoas com essa condição. Após análise das entrevistas e observação da consulta de enfermagem, para verificar se, na prática, o profissional agia como no discurso, exercendo ou não um cuidado reabilitador, emergiram três categorias, sendo que alguns profissionais se enquadraram em mais de uma: *Cuidado reabilitador*, *Cuidado baseado em preconceitos* e *Cuidado com dificuldades*, conforme o Gráfico 1, a seguir:

Gráfico 1 – Representação das categorias de cuidados, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2021

Fonte: elaboração própria

O cuidado reabilitador, percebido em 50% dos casos, auxilia a pessoa a adquirir e manter a funcionalidade ideal em interação com o ambiente à sua volta, buscando desenvolver capacidades com sua nova condição, prevenir agravamentos e complicações, para melhor qualidade de vida⁽⁷⁾. Nesse sentido, os participantes afirmaram:

Acho que é [...] conseguir ressignificar um pouco aquele processo [...] tentar amenizar o que já está instalado e tentar reverter tudo aquilo que é possível. (P16).

[...] a intenção é retomar função ou mecanismos que ajudam a fazer essas atividades de outra forma. (P3).

Referente ao cuidado com dificuldade, em 13% das situações, percebeu-se o desconhecimento e a falta de capacitação do profissional a respeito da temática, em falas como:

[...] apesar de ser tetraplégico, ele senta. (P2).

[...] não tem capacitação específica, se for pensar em lidar com esses pacientes que usam cadeira de rodas, que

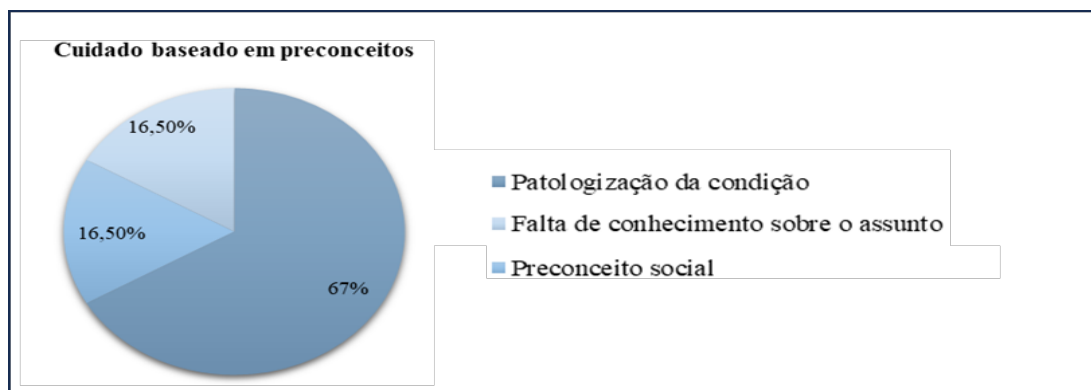
têm paraplegia, tetraplegia. Eu não me sinto capacitada. (P4).

Em 6% dos casos, houve uma mescla entre o cuidado com dificuldades e o cuidado baseado em preconceitos, devido à patologização da situação, quando o profissional afirmava que era a médica que fazia o acompanhamento da pessoa, como se o enfermeiro não estivesse habilitado para fazer esse acompanhamento, em frases como:

[...] alguns pacientes são atendidos pelo médico, só. (P11).

[...] um paciente levou um tiro e ficou com paralisia, mas não sei se é considerado lesão medular? [...] ele ia para a sonda e para a avaliação, quando abria essa ferida [...] ia quase toda semana. (P10).

O cuidado baseado em preconceitos, 31% dos casos, subdividiu-se em patologização da condição, preconceito social e falta de conhecimento sobre o assunto, conforme demonstrado no Gráfico 2, a seguir:

Gráfico 2 – Cuidado baseado em preconceitos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2021

Fonte: elaboração própria.

A patologização da condição foi a área de maior destaque dentro do cuidado baseado em preconceitos, atingindo 67% das situações, circunstâncias nas quais os profissionais acreditam que a pessoa com TME, devido à sua *patologia*, devem ser atendidas prioritariamente pelo médico da equipe, em falas como:

[...] *as coisas deles são mais para* [...] [ocultou-se o nome do profissional médico] *do que meu* [...] *pela patologia* [...]. (P1).

[...] *eu não conheço* [...] *a doutora* [...] *tem mais esse contato, ela conversa direto* [...]. (P13).

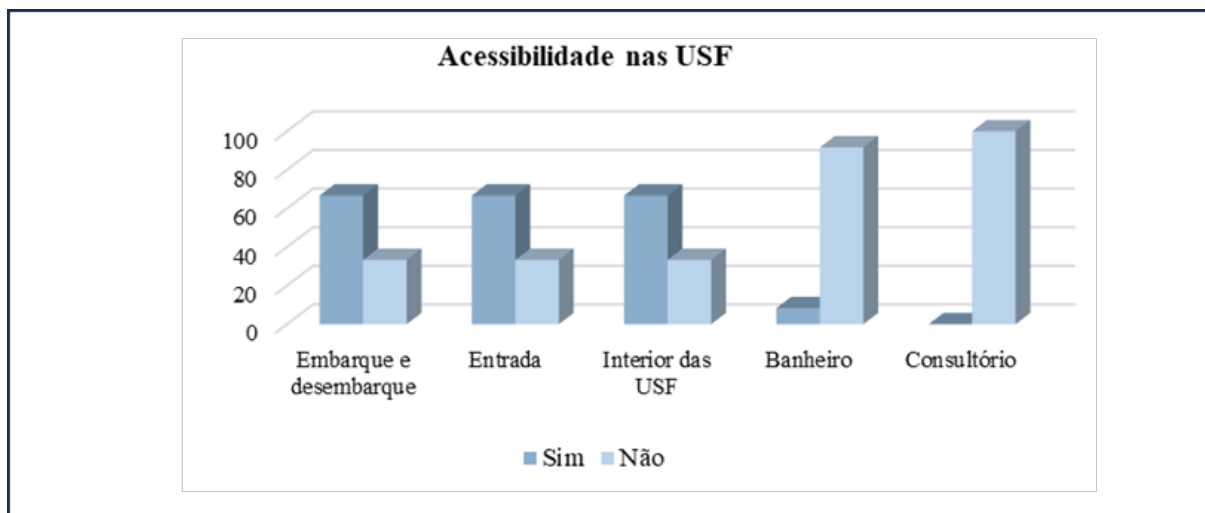
A situação do cuidado baseado em preconceitos pode ser identificada com relação ao preconceito social no trecho: “A percepção que a gente tinha é que ele era um inválido (P9)”. Quanto à falta de conhecimento sobre o assunto, ocorre quando o enfermeiro associa o tempo à realização do atendimento de reabilitação, identificado na fala:

[...] *acho que teríamos um papel muito importante na questão de reabilitação* [...] *se a gente tivesse mais tempo para isso* [...]. (P12).

Não obstante a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis possuir uma comissão permanente para a Sistematização da Enfermagem, que desenvolvem com êxito protocolos que norteiam o atendimento dos enfermeiros na APS, ainda não há documentos protocolares referentes ao atendimento de pessoas com TME⁽²²⁾. Também há o *Practical Approach to Care Kit* (PACK), programa desenvolvido para melhoria dos sistemas de saúde e para instrumentalizar o labor dos profissionais na atenção primária, visando fortalecer os serviços de saúde, para que se atinja melhores resultados. Todavia, esse programa também não abarca as especificidades do atendimento dessas pessoas⁽²³⁾.

No que se refere à observação arquitetônica, foi utilizado um roteiro de observação elaborado com base na norma técnica ABNT NBR 9050:2020⁽²⁴⁾, que dispõe a respeito da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, para avaliar a acessibilidade nas USF, sendo encontrada a seguinte situação:

Gráfico 3 – Acessibilidade nas unidades de saúde Florianópolis, Santa Catarina, Brasil – 2021



Fonte: elaboração própria.

Foram encontrados os seguintes parâmetros: 66,67% das USF possuem local de embarque e desembarque; dos 58,33% dos espaços que têm estacionamento, apenas 50% possuem vagas reservadas para deficientes e dos que possuem estas vagas, apenas 33,33% estão em conformidade

com o que estabelece a norma técnica. Não houve relato com relação aos achados por parte dos enfermeiros.

O local de embarque e desembarque é essencial para uma pessoa com mobilidade reduzida, uma vez que lhe permite ficar mais próxima do

destino, contudo o estacionamento também é relevante, pois possibilita que a pessoa com deficiência possa ir dirigindo sozinha e estacione com mais segurança, o que lhe proporciona maior independência.

Com relação à entrada, 66,67% das USF são acessíveis, 100% possuem portas viáveis, mas apenas 33,33% possuem rampas de acesso adequadas. A rampa ajustada às normas é fundamental, pois, se ela existe, é porque há escadas no local, e ela é a via que permitirá à pessoa em cadeira de rodas (P.C.R.) adentrar ao local com maior facilidade e independência.

Sobre os interiores, em 100% das USF pesquisadas existem: corredores com largura adequada para o trânsito de P.C.R.; ao menos uma das salas para cada tipo de serviço acessível; disposição dos móveis que possibilita a circulação de cadeirantes e pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante. Entretanto, em 8,33% não há bolsões de retorno, que facilitam a manobra completa de uma cadeira de rodas, viabilizando a mobilidade nos corredores. Em 72,73% deles não há bebedouros acessíveis, que permita ao cadeirante servir-se de forma independente. Assim, dos aspectos avaliados, resulta o total de 66,67% de ambientes adequados.

Um aspecto alarmante é que somente 8,33% dos banheiros atendem de forma integral à normativa. Apenas 25% dos banheiros possuem barras de apoio junto ao lavatório, na altura deste, ou, no caso daqueles embutidos em bancadas, não existem barras de apoio fixadas nas paredes laterais. Estes itens proporcionam maior segurança e independência. Em 25% dos lavatórios não há área de aproximação frontal para P.C.R. estender-se.

Em 66,67% desses sanitários, as torneiras dos lavatórios podem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes, pois muitas pessoas com essa condição não conseguem fazer o movimento para abrir uma torneira de rosquear. Nos boxes sanitários, 75% dispõem de maçanetas de fácil abertura (tipo alavanca), o que é interessante pelo mesmo motivo da torneira, uma vez que a maçaneta de girar ou outro modelo parecido pode dificultar a abertura e restringir o acesso.

Fato significativo é que apenas 33,33% desses sanitários acessíveis possuem lavatório no boxe, o que é um número baixo, uma vez que grande parte dessas pessoas fazem autocateterismo para esvaziar a bexiga. A falta do lavatório dificulta a higiene, podendo aumentar a incidência de infecção do trato urinário (ITU) de repetição, uma das principais patologias que acometem essa população.

Com relação às barras de apoio, 91,67% estão alocadas junto ao vaso, contudo, em apenas 66,67% dos casos, elas estão em conformidade com a norma, sendo essenciais para proporcionar apoio e segurança para a transferência. Outro fator dificultador, é que somente 58,33% desses locais garantem áreas para mobilidade diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°, quesitos essenciais para abranger as diversidades de deficiência.

A altura das bacias sanitárias está adequada em apenas 8,33%, parâmetro que deve ser semelhante ao do assento da cadeira de rodas, para evitar quedas ou traumatismos durante a transferência. Já o do acionamento da descarga encontra-se apropriado em 75% dos locais, o que equivale dizer que, em 25% dos banheiros, a pessoa necessita de ajuda até mesmo para acionar a descarga.

Em 100% dos espaços onde ocorrem as consultas de enfermagem existem portas com possibilidade de serem abertas com um único movimento, com maçanetas do tipo alavanca, dimensões das portas adequadas e espaço físico que permite a entrada de um cadeirante, além de área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento.

Entretanto, em 100% dos consultórios, inclusive nas unidades construídas recentemente, não há maca acessível (que abaixe para facilitar transferências) em qualquer setor da unidade de saúde, o que dificulta atendimentos básicos, como, por exemplo, a realização de um exame citopatológico em uma mulher cadeirante. A maca acessível não faz parte da NBR 9050:2020, todavia, os pesquisadores a incluíram por considerar um fator importante para realizar o devido cuidado, pois a maca já é alta para uma pessoa sem limitações, tanto é que há escada para subir

nela, já no caso de um cadeirante, seria preciso que muitos indivíduos auxiliassem nesse intento.

Portanto, o principal resultado encontrado sobre acessibilidade é que nenhuma das USF desse Distrito encontra-se 100% acessível. A que mais se aproximou dessa possibilidade só não atingiu a totalidade por não possuir maca adequada no local, mas estava totalmente em conformidade com a norma técnica.

Observou-se nas falas dos entrevistados tensões na dinâmica referente às relações de poder dos atores sociais verificadas no cuidado de enfermagem, que precisa ser resgatado enquanto práxis constitutiva do processo de trabalho, não apenas como retórica, mas em sinergia entre gestão, profissionais de saúde e pessoas com TME.

Discussão

Conforme observado, o cuidado de enfermagem realizado pelos enfermeiros da APS contribui para que as pessoas desenvolvam seus potenciais para enfrentar e superar as restrições e adversidades provenientes da nova condição decorrente do processo saúde-doença. Metade desses profissionais (50%) executa um cuidado reabilitador cuja práxis tem uma intenção transformadora na vida da pessoa, visando maior independência por meio da prevenção do agravamento de incapacidades ou do surgimento de complicações, com preservação e restauração da funcionalidade residual e incentivo à inclusão social, apesar de existirem alguns profissionais que não têm consciência de que realizam um cuidado reabilitador. Contudo, a falta de acessibilidade torna-se um entrave para esse atendimento e para a devida frequência das pessoas com TME na APS.

A LBI-PcD marca o avanço em relação aos benefícios, à visibilidade e à contemplação de outros direitos, o que faz progredir as legislações estaduais. Evidencia a importância de garantir à PcD o exercício pleno de seus direitos sociais à saúde e à edificação pública, visando seu bem-estar. Ao ser regulada nos estados a Administração Pública Estadual, Direta e Indireta, os encarregados da saúde têm a obrigação de

oferecer atendimento prioritário e apropriado às PcD, assegurando a esses indivíduos acesso aos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Assim, as instituições de saúde devem viabilizar a acessibilidade e a utilização dos bens e serviços a esses indivíduos, por meio da extinção de barreiras arquitetônicas e obstáculos⁽⁸⁾.

Atualmente, encontra-se em tramitação na Câmara dos deputados, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº. 33/2021, que teve origem no Senado com a PEC nº 19/2014, que objetiva inserir o direito à acessibilidade e à mobilidade entre os direitos individuais e coletivos do art. 5º da Carta Magna Federal⁽²⁵⁾. Irrefutável a importância da inclusão dos direitos à acessibilidade e à mobilidade dentre as cláusulas pétreas, porém um dos maiores problemas é a falta de aplicabilidade da legislação vigente, que estabelece acessibilidades que até hoje não foram implantadas.

A NBR 9050:2020 estabelece como deveriam ser os espaços acessíveis, entretanto também não é seguida em itens básicos, como por exemplo, a presença de um lavatório no box sanitário destinado a PcD⁽²⁴⁾. Além disso, essa norma técnica ainda carece de adequações, como o fato de não abranger maca acessível nos serviços de saúde pública, item considerado essencial pelos pesquisadores para o devido atendimento dessas pessoas e, por isso, acrescentado na observação para consideração de acessibilidade.

Como esperar que uma pessoa com TME se dirija até a APS para realizar um curativo de LPP, por exemplo, se não tem uma maca adequada para o seu atendimento? Terão os profissionais de saúde desses locais que agrupar os presentes para auxiliar essa pessoa a subir na maca? E quando não houver ninguém no local que possa dar suporte, terão que reagendar o atendimento? Como realizar um cuidado reabilitador nessas condições? Essa pessoa precisará de auxílio toda vez que necessitar saciar sua sede ou ir ao banheiro?

A acessibilidade é de suma importância para aumentar a autoestima e favorecer a independência e liberdade da pessoa com deficiência. Até quando elas terão seus direitos suprimidos

pela inobservância e inaplicabilidade da legislação vigente? A legislação de um país visa garantir segurança jurídica aos seus cidadãos, especialmente no que se refere a direitos fundamentais, como a saúde, mas para que haja efetividade desses direitos as normas precisam ser seguidas e, com relação à acessibilidade, o Brasil ainda se encontra longe desse intento.

Conforme a Organização Mundial de Saúde⁽²⁶⁾, apesar das pessoas com deficiência demandarem cuidados de saúde adicionais, estas deparam-se com obstáculos para a acessibilidade a esse tipo de serviço, de modo a acarretar consequências prejudiciais à sua saúde e bem-estar. O índice de mortalidade é de 2 a 3 vezes maior em relação à média da população e demandam maiores custos assistenciais, uma vez que buscam assistência já com situações agravadas de saúde, necessitando, por corolário, de tratamentos mais complexos e dispendiosos. A reabilitação é citada como um ponto de atenção mundial, essencial para cobertura universal dos serviços, como proposto na Agenda Global Reabilitação 2030⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Em um estudo recente, realizado por pesquisadores brasileiros com pessoas com TME, muitos participantes referiram que não houve mudanças significativas na sua rotina devido à pandemia advinda do novo coronavírus (SARS-CoV-2), isso porque já vivenciavam o isolamento social, sendo impedidos de participar da sociedade devido aos desafios de acessibilidade existentes no Brasil⁽²⁹⁾. Outras pesquisas reforçaram esse contexto de que a acessibilidade arquitetônica não é efetiva e ratificaram a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde, em função de que as estruturas não atendem às suas necessidades, dificultando sua mobilidade⁽³⁰⁾.

A inclusão propõe-se a engendrar condições para que as PcD possam relacionar-se naturalmente, participar do meio social em que vivem, com possibilidade de transitarem em qualquer edificação, seja pública ou privada, avançando rumo à igualdade de direitos de integrar e participar de todos os ambientes sociais, sem experienciar qualquer tipo de discriminação ou preconceito. A acessibilidade, em suas diferentes formas, promove essa inclusão⁽³¹⁾. A APS trata-se

de uma importante base de apoio à pessoa com TME, para favorecer a reabilitação, mas, para isso, é preciso promover a acessibilidade nesses locais. No entanto, com a presente pesquisa, percebe-se que essa inclusão ainda está longe de ser alcançada, pois se não há acessibilidade adequada nos serviços de saúde, o que dirá nos demais locais.

Notou-se ainda com este estudo que, a metade (50%) dos enfermeiros que trabalha nesse primeiro nível de atenção à saúde exerce um cuidado integral e reabilitador, mas é preocupante o grande contingente de profissionais (31%) – segunda maior categoria encontrada – que exercem um cuidado baseado em preconceitos, seja ele social (16,50%), por falta de conhecimento do assunto (16,50%) ou pela patologização da condição (67%).

A patologização da condição pode ser uma consequência da cultura centrada no modelo biomédico, que considera a deficiência um problema de saúde/doença, como falha de um sistema ou função corporal que se encontra anormal e patológica e, corolariamente, deve ser tratada por um médico⁽⁷⁾, pensamento ainda presente na fala de muitos enfermeiros entrevistados.

O modelo biomédico preponderou por muito tempo no âmbito da saúde, centrado na doença, no qual, muitas vezes, a pessoa era denominada pela própria patologia⁽⁷⁾. No entanto, ao longo dos anos, houve uma modificação na tecnologia leve de cuidado de enfermagem, que passou a considerar a pessoa de modo holístico, assim como a instrumentalidade no serviço de saúde, proporcionando um cuidado científico integrado, colaborativo e participativo, que respeita e pondera o contexto socioeconômico e cultural no qual a pessoa está inserida, mas, como pôde ser percebido, ainda há muitos profissionais em transposição⁽³²⁾.

No entanto, questiona-se sobre o quanto as práticas de saúde realmente têm ampliado o cuidado de reabilitação ou apenas esvaziado seus conceitos, sem que ocorra uma mudança de paradigma em relação a atenção em saúde, em função das relações de poder instituídas no modelo biomédico hegemônico que, por vezes,

leva a fragmentos e contradições refletidas nos serviços. Nesse contexto, as interrelações fazem interferência direta ao processo de reabilitação, somadas a outros determinantes econômicos, políticos, culturais, histórico e religioso, que violam o direito da pessoa com TME e esbarram na falta de reconhecimento^(13,32). A Organização Mundial de Saúde⁽²⁶⁾ entende que, para a inclusão das PcD, é necessária a garantia dos direitos fundamentais, de modo a atentar-se para o princípio da equidade, da acessibilidade a serviços, equipamentos, produtos e ambientes de cuidados de saúde e o atendimento integral considerando cada fase da vida e sistemas de saúde inclusivos.

Entretanto, mesmo com as políticas direcionadas às PcD, a implementação apropriada ainda não foi alcançada, resultando em descumprimento por parte das instituições públicas, inclusive pelos órgãos de saúde. A ausência de fiscalização e planejamento de ações para certificar as Unidades de Saúde são consideradas causas fundamentais da falta de acessibilidade⁽³³⁾. Além disso, a ausência de acessibilidade arquitetônica, bem como nos serviços, favorece a exclusão das PcD em ambientes essenciais para sua formação enquanto cidadãos⁽³⁴⁾.

Após análise dos dados coletados, observou-se como limitação do estudo a restrição da coleta em uma área de abrangência do estudo restrita ao âmbito municipal. Contudo, em função da extração de dados alcançar apenas um Distrito, ainda que sendo recorte relevante de abrangência para este município, não seria possível generalizar como fotografia do território nacional, o que abre espaço para replicação da pesquisa.

Assim, o presente estudo, ante os resultados apresentados, contribui para servir de base para aplicação de futuras pesquisas de suporte às políticas públicas, que fomentem intervenções visando a melhoria de vida das pessoas em reabilitação, bem como para reflexão dos profissionais de saúde, uma vez que mostra a realidade vivenciada por indivíduos com TME quando buscam atendimento na APS.

Considerações Finais

Na práxis da enfermagem em reabilitação, percebeu-se que a maioria dos enfermeiros da APS realizam um cuidado reflexivo reabilitador, visando a integralidade da pessoa com TME, buscando a melhoria da funcionalidade individual, para promover a independência, reinserção social e qualidade de vida, como proposta de aprimoramento das tecnologias utilizadas. Sugere-se, contanto, treinamento e desenvolvimento na formação continuada e permanente dos profissionais envolvidos, a fim de minimizar iniquidades em saúde.

Um grande óbice para isso ainda é a falta de acessibilidade, apesar de toda a legislação existente a respeito da temática, em função da falta de padronização formal para a construção do modelo arquitetônico ideal correspondente ao que dispõe a ABNT. Assim, percebe-se que ainda é preciso trabalhar a favor da inclusão da PcD na sociedade, para atender ao escopo da reabilitação e às políticas já existentes.

Estimula-se lutar para vencer o preconceito, uma vez que grande parte dos profissionais de saúde participantes da pesquisa denotam trabalhar com base no modelo biomédico, considerando a deficiência como patologia, que deve ter o tratamento realizado pelo médico, em vez de um cuidado holístico realizado pela enfermagem em reabilitação, ao encontro do que preconiza o Princípio da Integralidade do SUS e da reabilitação baseada em evidência.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Deisimeri Francisca Alves e Soraia Dornelles Schoeller;

2 – análise e interpretação dos dados: Deisimeri Francisca Alves, Soraia Dornelles Schoeller e Tony Ely de Oliveira Cunha;

3 – redação e/ou revisão crítica: Deisimeri Francisca Alves, Soraia Dornelles Schoeller,

Tony Ely de Oliveira Cunha, Sandra Urbano dos Santos e Thiara Silveira de Freitas;

4 – aprovação da versão final: Deisimeri Francisca Alves, Soraia Dornelles Schoeller, Tony Ely de Oliveira Cunha, Sandra Urbano dos Santos, Thiara Silveira de Freitas e Adilson de Godoi.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Fontes de financiamento

Um dos autores deste trabalho é apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Programa de Excelência Acadêmica CAPES/PROEX, Brasil.

Agradecimentos

À Secretaria de Saúde do município de Florianópolis pela colaboração com o desenvolvimento da pesquisa.

Referências

1. Clares JWB, Guedes MVC, Freitas MC. Construction of nursing diagnoses for people with spinal cord injury in rehabilitation. *Rev esc enferm USP*. 2021;55:e03750. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020038403750>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular [Internet]. Brasília (DF); 2015 [cited 2022 Jan 22]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf
3. Reynolds NR. The year of the nurse and midwife 2020: activating the potential and power of nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3279. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3279>
4. Cabral DS, Nascimento MC, Miranda TPS, Silva Júnior SI, Bittencourt F, Silva SA. Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. *Rev esc enferm USP*. 2020;54:e03589. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018048703589>
5. Garcia NP, Viana AL, Santos F, Matumoto S, Kawata LS, Freitas KD. The nursing process in postpartum consultations at Primary Health Care Units. *Rev esc enferm USP*. 2021;55:e03717. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2020005103717>
6. World Health Organization. Rehabilitation [Internet]. Geneva (CH): 2024 [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
7. Schoeller SD, Martins MM, Faleiros F, Ramirez N. Enfermagem de reabilitação. Rio de Janeiro (RJ): Thieme Revinter; 2021.
8. Rocha LRM, Oliveira JP. Detailed textual analysis of the Brazilian Inclusion Law: perspectives and advances in relation to the rights of people with disabilities. *Práxis Educativa*. 2022;17:1-16. DOI: <https://doi.org/10.5212/praxeduc.v.17.19961.048>
9. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19. *Saúde debate*. 2020;45(130):748-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF); 2020 [cited 2022 Feb 02]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html
11. Felisbino J, Nitschke RG, Viegas SMF, Machado WCA, Marco SS, Tholl AD. Potencies-limits in the rehabilitation of people with post-COVID-19 sequelae in everyday primary health care. *Rev Interfaces*. 2023;11(2):1968-78. DOI: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e2.a2023.pp1968-1978>
12. Acordi I. Reabilitação na atenção primária à saúde: práxis do enfermeiro [dissertação]. [Internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2022 [cited 2024 Sep 22]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/240891>
13. Schoeller SD, Martins MMFPS, Ramos FRS, Vargas CP, Zuchetto MA, Lima DKS. Rehabilitation nursing care and emancipatory process. *Rev Enf Ref*. 2020;5(2):e19084. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19084>
14. Alves DF. Práxis do enfermeiro da atenção primária no cuidado às pessoas com traumatismo da medula espinal [trabalho de conclusão de curso]. [Internet]. Florianópolis (SC): Universidade

- Federal de Santa Catarina; 2022 [cited 2024 Oct 06]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/230859>
15. Pereira LTK, Godoy DMA, Terçariol D. Case study as scientific research procedure: reflection from clinical work. *Psicol Reflex Crit.* 2009;22(3):422-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-7972009000300013>
 16. Oliveira ESF, Brasil CCP, Higa EFR. Qualitative research in health: countless possibilities and views. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(2):384-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40972020>
 17. Santa Catarina. Prefeitura de Florianópolis. Informações de Saúde. População Ativa na APS [Internet]. Florianópolis; 2022 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://sus.floripa.br/info/>
 18. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.
 19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015
 20. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(3):621-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Brasília (DF); 2016 [cited 2022 Feb 24]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 22. Santa Catarina. Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolos de enfermagem [Internet]. Florianópolis (SC); 2023 [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=9&submenuid=1478>
 23. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Programa PACK Brasil Adulto: ferramentas para profissionais de saúde [Internet]. Brasília (DF); 2022 [cited 2022 Feb 11]. Available from: <https://redeaps.org.br/2021/06/27/programa-pack-brasil-adulto-ferramentas-para-profissionais-de-saude/>
 24. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos [Internet]. São Paulo (SP); 2020 [cited 2022 Jan 04]. Available from: <https://www.abntcatalogo.com.br/>
 25. Brasil. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº. 33, de 01 de outubro de 2021. Altera o art. 5º da Constituição Federal para prever o direito fundamental à acessibilidade e à mobilidade [Internet]. Brasília (DF); 2021 [cited 2022 Feb 04]. Available from: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2301270>
 26. World Health Organization. Countries in the European Region commit to disability-inclusive health systems and societies [Internet]. Geneva (CH); 2022 [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-countries-in-the-european-region-commit-to-disability-inclusive-health-systems-and-societies>
 27. World Health Organization. Fifth Global Forum on Human Resources for Health [Internet]. Geneva (CH); 2023 [cited 2024 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-workforce/about/5thglobalforum-hrh>
 28. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2019. *Lancet.* 2020;396(10267):2006-17. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
 29. Faleiros F, Alves D, Schoeller SD, Machado GCA, Corbo L, Zuchetto M. What Will the Post-Pandemic World Be Like?: A Qualitative Study on the Perceptions of Brazilians with Spinal Cord Injury. *J Rehabil Health Stud.* 2022;9(1):e113705. DOI: <https://doi.org/10.5812/mejrh.113705>
 30. Dos Santos I, Lima FPA, Resende AD, Guimarães MP. Promoting accessible environments through user experience return: standardized accessibility and real accessibility. *Rev Projetar.* 2022;7(2):148-60. DOI: <https://doi.org/10.21680/2448-296X.2022v7n2ID27738>
 31. Cantorani JRH, Pilatti LA, Helmann CL, Silva SCR. The accessibility and the inclusion in a Higher Education Federal Institution since the law no. 13.409. *Rev Bras Educ.* 2020;25:e250016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-24782020250016>
 32. Cunha TEO, Schoeller SD, Martins MMFPS, Alves DF, Vargas CP, Zuchetto MA, et al. Rehabilitation: collective construction of a concept in a focus group. *F1000Res.* 2023;12:1-14. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.129073.1>
 33. Araújo YFL, Coura AS, França ISX, Souto RQ, Rocha MA, Silva JC. Accessibility to Basic Health Units for People with Physical Disabilities. *Cogitare*

Enferm. 2022;27:e75651. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.75651>

Ibero-AM Estud Educ. 2022;17(2):1311-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.21723/riaee.v17i2.15058>

34. Rodrigues M, Bernardino JLF, Moreira MV. Attitudinal barriers: the exclusion that limits the accessibility of people with disabilities. Rev

Recebido: 29 de julho de 2024

Aprovado: 26 de outubro de 2024

Publicado: 08 de janeiro de 2024



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos