



BARREIRAS AO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

BARRIERS TO ACCESS TO HEALTH SERVICES TO PERSONS WITH DISABILITIES IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ane Milena Macêdo de Castro ¹
Jackeline Sousa da Silva ²
Lohanna Chrystina dos Santos Antunes de Macedo ³
Nathalia Silva Fontana Rosa ⁴
Débora Cristina Bertussi ⁵
Mara Lisiane de Moraes dos Santos ⁶
Emerson Elias Merhy ⁷

Manuscrito recebido em: 01 de abril de 2021

Aprovado em: 07 de junho de 2021

Publicado em: 10 de junho de 2021

¹ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Graduada em enfermagem pela Universidade Católica Dom Bosco. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Membro do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde - Mato Grosso do Sul

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5141-8261>

E-mail: anemilenamacedoc@gmail.com

² Mestranda em Saúde da Família e graduada em fisioterapia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1985-9689>

E-mail: jackeline.sousas@gmail.com

³ Graduada em fisioterapia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Membro do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde - Mato Grosso do Sul

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0487-4210>

E-mail: lohannachrystinasam@gmail.com

⁴ Doutora em Comunicação pela Universidade Autônoma de Barcelona. Docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Observatório de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde - Mato Grosso do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1159-8442>

E-mail: nathalia.rosa@gmail.com

⁵ Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente na Universidade São Caetano do Sul. Membro do grupo Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-7159>

E-mail: dbertussi@gmail.com

⁶ Doutora em Ciências da Saúde pelo convênio multi-institucional Rede Centro-Oeste UnB/UFG/UFMS. Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Integrante do Grupo de pesquisa interdisciplinar em saúde pública e inovação tecnológica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6074-0041>

E-mail: maralisi@globo.com

⁷ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do grupo Observatório de Políticas Públicas, Cuidado e Educação em Saúde – IPUB.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7560-6240>

E-mail: emerhy@gmail.com



Resumo

Objetivo: O objetivo do estudo foi identificar a produção científica acerca das barreiras de acesso ao cuidado em saúde às pessoas com deficiência no Brasil. **Método:** Foi realizada uma Revisão Integrativa, elegendo-se artigos publicados nas bases de dados: PUBMED/MEDLINE, LILACS, Science Direct, Web of Science e SCOPUS. **Resultados:** Foram incluídos 10 artigos na amostra final. Os dados foram analisados e sistematizados em 4 categorias: barreiras organizacionais; barreiras socioeconômicas; barreiras arquitetônicas e de comunicação e barreiras relacionais. Outras questões transversais interferem significativamente no acesso e barreira às pessoas com deficiência na sociedade, como transporte, acessibilidade e fatores socioeconômicos que, associadas ao capacitismo, impactam na vida cotidiana, inclusive na produção da saúde. **Conclusão:** As barreiras de acesso aos serviços de saúde são multifatoriais e emergem de questões organizacionais, estruturais, financeiras, relacionais, sociais e culturais, fortemente presentes no cotidiano e demandam dos usuários e seus familiares um exercício de resistência e paciência. Fica explícita a necessidade da ampliação e qualificação do acesso à saúde a essa população que é vulnerabilizada e invisibilizada.

Palavras-chave: Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; Pessoas com deficiência; Acesso aos serviços de saúde; Sistema único de saúde; Políticas públicas de saúde.

Abstract

Objective: The objective of the study was to identify scientific production about the barriers to access health care for people with disabilities in Brazil. **Method:** An Integrative Review was carried out, choosing articles published in the databases: PUBMED / MEDLINE, LILACS, Science Direct, Web of Science and SCOPUS. **Results:** 10 articles were included in the final sample. The data were analyzed and systematized in 4 categories: organizational barriers; socioeconomic barriers; architectural and communication barriers and relational barriers. Other cross-cutting issues significantly interfere with access and barriers for people with disabilities in society, such as transportation, accessibility and socioeconomic factors that, associated with capacitism, impact on daily life, including health production. **Conclusion:** The barriers to access health services are multifactorial and emerge from organizational, structural, financial, relational, social and cultural issues, which are strongly present in daily life and require users and their families to exercise resistance and patience. It is clear that there is a need to expand and qualify access to health for this population that is vulnerable and made invisible.

Keywords: Barriers to access to health care; Disabled people; Access to health services; Health Unic System; Public health policies.



INTRODUÇÃO

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência¹. No Brasil 23,9% da população declarou possuir dificuldades funcionais relevantes para realização de suas atividades de vida diária².

A legislação brasileira sustenta que a deficiência não está na pessoa, mas na relação entre aquele que tem “algum impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” com o meio, e que esse pode impor barreiras que restringem a participação plena da pessoa com deficiência na sociedade³. As barreiras são colocadas em evidência, pois a maioria das PCD enfrenta obstáculos para acessarem serviços de saúde, educação trabalho, e apresentam necessidades diferenciadas referentes à saúde, portanto, têm demandas não atendidas em relação à população em geral¹.

Mesmo com maiores necessidades e vulnerabilidade, as políticas públicas voltadas às PCD são recentes e ainda limitadas⁴. O cuidado à saúde das PCD esteve por anos restrito a serviços de reabilitação da Atenção Especializada (AE), o que é insuficiente para as demandas dessa população⁵. Essa é uma realidade em quase todo o mundo, cuja oferta de serviços especializados de reabilitação é insuficiente⁶, gerando vazios assistenciais.

Em 2012 no Brasil foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) para ampliar o acesso, qualificar o atendimento e ofertar de forma sistematizada e articulada serviços com base nas necessidades das PCD, incluindo a Atenção Básica (AB), AE, Hospitalar e Urgência e Emergência⁷.

Além da oferta dos serviços, a articulação entre eles é fundamental para o acesso das PCD à saúde. O conceito de acesso é complexo e multidimensional, e não se restringe exclusivamente ao uso dos serviços de saúde, mas à liberdade de utilizá-los, e está relacionado à capacidade do sistema de saúde em produzir cuidado articulado às necessidades da população⁸.

O acesso é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está vinculado às condições sociais, pois os grupos populacionais que mais precisam dos serviços de saúde são os que têm maior dificuldade em acessá-los⁹. Não se restringe somente à utilização dos serviços de saúde, abrange desde questões sócio-



organizacionais até as relações interpessoais para promover a entrada no sistema público de saúde¹⁰, com a utilização dos serviços em tempo oportuno e com melhor resultado possível para as necessidades de saúde.

As questões relativas ao acesso aos serviços de saúde são marcadas, de forma geral, por situações conflituosas que angustiam trabalhadores, gestores e usuários, e a realidade aponta uma dificuldade acentuada no cuidado à saúde das PCD¹¹. No âmbito das políticas públicas de saúde, observa-se que a assistência à PCD é ainda marcada por fragilidades, desarticulação e descontinuidade de ações, inserindo-se marginalmente no sistema de saúde¹². Assim, é necessário aprofundar o conhecimento acerca do cuidado às PCD, buscando superar os desafios enfrentados^{13,14}.

Considerando que a RCPCD é recente no Brasil, este estudo aborda uma lacuna na literatura em relação ao conhecimento sobre as principais barreiras de acesso ao cuidado que as PCD enfrentam em seu cotidiano, o que limita ou impede que as suas necessidades de saúde sejam atendidas. A identificação e melhor compreensão dessas barreiras é pauta prioritária das pesquisas na área, a fim de subsidiar o planejamento de ações pelas quais estas possam ser minimizadas e/ou superadas¹⁵, com serviços de saúde que considerem as singularidades das PCD, e dessa forma ampliem e qualifiquem o cuidado em saúde dessa população.

Assim, estabeleceu-se, a seguinte questão norteadora: 'Quais as dificuldades no acesso aos serviços de saúde enfrentados pelas PCD?' Para responder essa questão, o objetivo do estudo foi identificar a produção científica acerca das barreiras de acesso ao cuidado em saúde às PCD.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa (RI) da literatura, que sintetiza o conhecimento já produzido sobre o tema do acesso às PCD, o que requer um rigor metodológico e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde¹⁶.

As etapas percorridas foram: definição dos objetivos, formulação da questão norteadora, definição dos critérios relativos ao rigor metodológico, realização da busca para identificar e coletar pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios



de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, avaliação dos critérios e métodos empregados no desenvolvimento dos estudos selecionados para determinar a validade metodológica, análise sistemática, interpretação e sintetização dos dados e conclusões¹⁷.

Realizou-se a busca na literatura no mês de setembro de 2019 cujas bases de dados foram: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online-PUBMED/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde-LILACS, Science Direct- Elsevier, Web of Science e SCOPUS-Elsevier.

Para o refinamento adequado das publicações, definiu-se a amostra obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: estudos que disponibilizassem dados sobre o acesso aos serviços de saúde à PCD no âmbito do Brasil, em todos os idiomas, publicados entre os anos de 2010 a 2019, que corresponde ao período em que as políticas públicas voltadas à PCD foram fortalecidas no país. Excluíram-se as publicações em formato de editorial, artigos duplicados, carta ao editor, artigos encontrados *online* que não apresentavam ano/ficha catalográfica/referencial e aqueles que não se adequaram ao tema proposto.

Para o levantamento das publicações nas bases de dados elegeram-se os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde: *disabled persons* e *health services for persons with disabilities* nas bases em inglês e pessoas com deficiência e serviços de saúde para pessoas com deficiência para as bases em português. O cruzamento desses descritores ocorreu por meio do operador booleano *AND*. Após a busca eletrônica nas bases de dados, as publicações foram pré-selecionadas a partir da leitura do título e resumo ou apresentação e, nos casos em que os títulos ou resumos foram insuficientes para definir a seleção inicial, realizou-se a leitura da publicação na íntegra.

Visando otimizar a extração e análise de dados, foi elaborado um instrumento com os seguintes itens: dados da publicação (título do artigo, autores, país, estado, idioma, bases de dados indexadas e ano de publicação), dados da revista e sua respectiva área de publicação, delineamento do estudo, limitações e conclusões. Como questões específicas, foram elencados os questionamentos: O texto cita acesso ao serviço de saúde à PCD? Quais itens relacionados a barreiras ou dificuldades de acesso são destacados no estudo?



Após a leitura na íntegra das publicações selecionadas, foram identificadas as publicações que compuseram a amostra final desta RI. O processo de avaliação crítica dos estudos obtidos foi realizado por dois avaliadores e as discordâncias resolvidas em consenso. Em seguida, os dados foram digitados, analisados e apresentados sob a forma de texto, figura e quadro.

RESULTADOS

Foram identificados 111 estudos após cruzamento dos descritores nas respectivas bases de dados. A seleção por título e resumo resultou em 27 referências e, após a avaliação dos estudos na íntegra, foram excluídas 17. Assim, foram incluídas 10 publicações nesta RI (Figura 1).

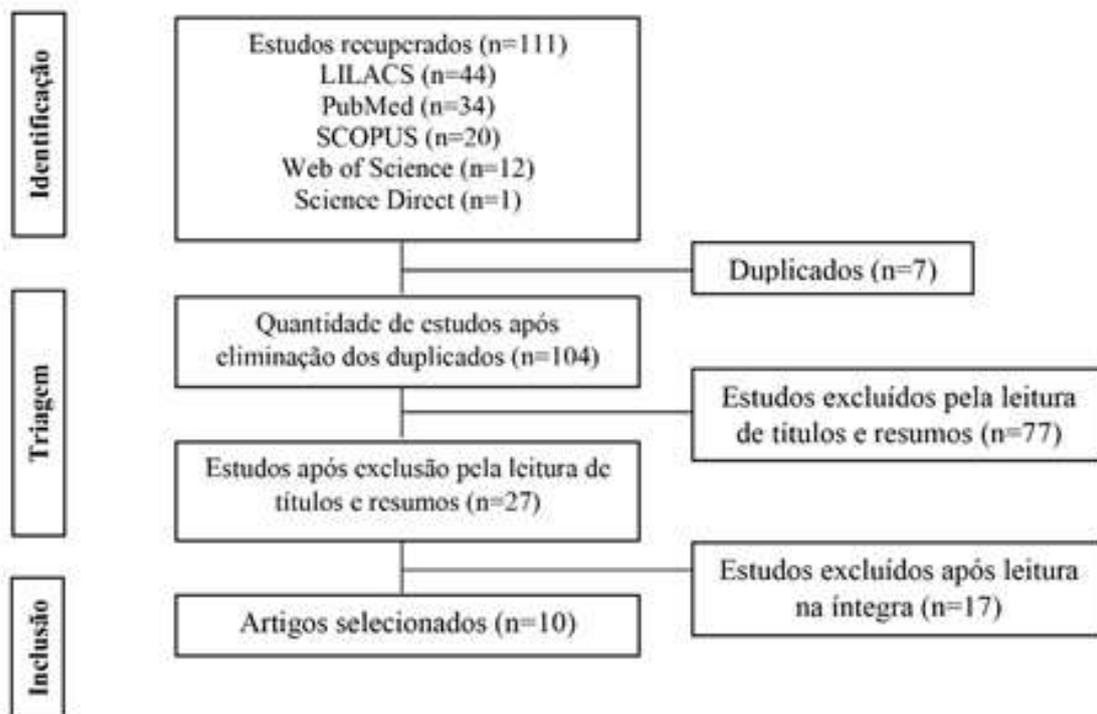


Figura 1: Diagrama de busca e seleção dos estudos disponíveis nas bases de dados, elaborado a partir das recomendações PRISMA¹⁸. Campo Grande, MS, 2019

No Quadro 1 são apresentados dados sobre o(s) autor(es), estado de realização da pesquisa, periódico em que o artigo foi recuperado, ano da publicação, título e resultados encontrados.



Quadro 1. Quadro sinóptico da distribuição dos artigos encontrados após revisão integrativa da literatura. Brasil, 2019

| | Autor/Estado | Periódico/ Ano | Título | Resultados encontrados |
|-----|---|---|---|---|
| I | Sousa KM, Oliveira WIF, Melo LOM, Alves EA, Piuvezam G, Gama ZAS. Rio Grande do Norte | Disability and Rehabilitation, 2016 | A qualitative study analyzing access to physical rehabilitation for traffic accident victims with severe disability in Brazil | <ul style="list-style-type: none">- Práticas administrativas burocráticas e informações insuficientes nos serviços.- Pacientes com dificuldades financeiras, baixos níveis de escolaridade e descrença no sistema; distância geográfica entre domicílio e serviços. |
| II | Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Ceará | BMC Oral Health, 2015 | Access to dental public services by disabled persons | <ul style="list-style-type: none">- Baixa procura dos usuários por falta de informações sobre o serviço ofertado.- Insegurança dos profissionais no manejo clínico do paciente devido à falta de qualificação. |
| III | Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, Ribeiro KSQS. Paraíba | Ciência & Saúde Coletiva, 2015 | Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde | <ul style="list-style-type: none">- A falta de apoio familiar/extrafamiliar para auxílio na marcação de consultas ou acompanhamento às mesmas dificulta o acesso aos serviços de saúde. |
| IV | Girondi JBR, Santos SMA, Hammerschmidt KSA, Tristão FR. Santa Catarina | Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 2014 | Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária | <ul style="list-style-type: none">- Os aspectos relacionais se tornam barreiras, pois o atendimento só é resolutivo quando determinado servidor está na unidade.- Barreira arquitetônica e estrutura física apontadas como diretamente relacionada à dificuldade no acesso.- Falta de transportes públicos ou privados para o deslocamento. |



| | | | | |
|------|---|---|---|---|
| V | Sales AS; Oliveira RF; Araújo EM. Bahia | Revista Brasileira de Enfermagem, 2013 | Inclusão da pessoa com deficiência em um Centro de Referência em DST/AIDS de um município baiano | - Ausência de capacitações coletivas dos profissionais no atendimento às pessoas com deficiência. |
| VI | Amaral FLJS; Motta MHA; Silva LPG; Alves SB. Paraíba | Ciência & Saúde Coletiva, 2012 | Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde | - Barreiras arquitetônicas: existência de esgotos, bueiros, sacos de lixo, ou pisos quebrados, presença de degraus nas calçadas e inexistência de calçamento. - Falta de adaptação nos transportes, ausência de transporte. - Dificuldade em marcar consultas. - Inexistência de atendimento domiciliar. |
| VII | Cardoso AMR, Brito DBA, Alves VF, Padilha WWN. Paraíba | Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada, 2011 | O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência motora: Perspectivas dos cuidadores | - Baixa oferta de profissionais para atender crianças com deficiência. - Demora no agendamento. |
| VIII | Aragão AKR, Sousa A, Silva K, Vieira S, Colares V. Pernambuco | Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada, 2011 | Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público: Estudo piloto | - Indisponibilidade de vagas. - Falta qualificação do profissional para atender pessoas com deficiência. |
| VIII | Aragão AKR, Sousa A, Silva K, Vieira S, Colares V. Pernambuco | Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada, 2011 | Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público: Estudo piloto | - Indisponibilidade de vagas. - Falta qualificação do profissional para atender pessoas com deficiência. |



| | | | | |
|----|--|--|---|--|
| IX | Bentes IMS, Vidal ECF, Maia ER. Ceará | Online Brazilian Journal of Nursing, 2011 | Percepção da pessoa surda acerca da assistência à saúde em um município de médio porte: estudo descritivo- exploratório | <ul style="list-style-type: none">- Elevado tempo de espera e filas.- Ausência de qualificação profissional no atendimento às pessoas com deficiência auditiva.- Dificuldades no processo de comunicação do paciente surdo com a equipe. |
| X | Souza CCBX, Rocha EF. São Paulo | Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, 2010 | Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006* | <ul style="list-style-type: none">- Barreiras arquitetônicas como fatores importantes na determinação da possibilidade de acessar os serviços de saúde (rampas íngremes, escadas, corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados).- As relações interpessoais interferem e condicionam o acesso aos serviços de saúde sendo que o vínculo aproxima de forma significativa os profissionais dos usuários e comunidade.- A ausência de rede de apoio/cuidador que possa acompanhá-lo nos atendimentos de saúde dificulta o acesso.- Os profissionais não se consideram responsáveis ou habilitados para assistir a essa população. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Foram identificadas 4 categorias temáticas abordando diferentes barreiras de acesso à saúde para PCD: Barreiras organizacionais, que abrangem tanto a oferta de serviços como demonstrado nos artigos I, IV, VI, VII, VIII e IX quanto o processo de trabalho conforme os artigos I, II, V, VIII, IX e X; barreiras socioeconômicas encontradas no artigo I; barreiras arquitetônicas e de comunicação conforme os artigos IV, VI e X e barreiras relacionais demonstradas nos artigos III, IV e X.



- Barreiras organizacionais relativas às ofertas de serviços

Em relação à oferta de serviços identificamos a indisponibilidade de vagas e o número insuficiente de profissionais para o atendimento das PCD, em especial na AE, demonstrando que há um desequilíbrio entre as demandas e as ofertas, ainda que a RCPCD tenha estabelecido a ampliação dos serviços e qualificação do cuidado a essa população⁷. Embora esse cenário ocorra em outras redes de atenção à saúde no país, nas quais a ampliação dos serviços ainda não é suficiente para atender as demandas dos usuários, as PCD encontram dificuldades específicas de acesso (física, cuidados contínuos, etc.) e em situação de invisibilidade, fora da crescente agenda de saúde global¹⁵.

A insuficiente oferta de serviços e de profissionais para responderem às necessidades das PCD constitui-se como barreira de acesso materializada em longas filas de espera e na demora em realizar consultas e procedimentos^{19,20}. O elevado tempo de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias é a principal causa de insatisfação dos usuários no Brasil²¹. Ainda, o longo tempo de espera por atendimento nas salas de espera também é um fator de desmotivação até para a continuidade do tratamento¹⁹. Essa é uma das barreiras identificadas nos estudos VII e IX, ainda que a legislação brasileira estabeleça que o atendimento às PCD seja priorizado em todos os setores da sociedade, com a garantia do acesso adequado e prioritário aos seus espaços, sobretudo aos espaços de saúde⁷.

Em associação às dificuldades mencionadas, a distância geográfica entre os domicílios e os serviços de saúde e a falta de transporte adaptado intensificam as barreiras de acesso²² e dificultam a continuidade do tratamento²⁰. O deslocamento até os serviços de saúde é um desafio para aqueles que moram em áreas distantes das regiões centrais, onde a maioria dos serviços de saúde está situada²³. Nesse cenário, o transporte para as PCD é fundamental, e a maioria depende dos transportes públicos adaptados ou de ambulâncias, que não conseguem atender a todas as demandas²⁴, embora na legislação brasileira conste que o transporte em saúde é uma responsabilidade de todas as esferas de governo²⁵.

A ausência/escassez de ônibus e metrô equipados com elevadores²⁶, associadas à oferta insuficiente de transporte sanitário²⁷, são indicadas pelas



PCD como uma das principais barreiras de acesso à saúde e à participação da sociedade, tanto no Brasil^{22, 27}, como em outros países^{6,26}.

- Barreiras organizacionais referentes aos processos de trabalho em saúde

Os artigos I, II, V, VIII e IX demonstram características multifatoriais referentes às barreiras organizacionais no âmbito dos processos de trabalho, como práticas burocráticas, falta de informações sobre os serviços, fluxos terapêuticos não publicizados, descrença no sistema, insegurança dos profissionais no manejo clínico do paciente e ausência de qualificação para o cuidado das PCD.

A burocratização dos serviços constitui-se um empecilho ao acesso quando desenha fluxos complexos, desconexos e confusos, o que impõe às PCD a necessidade de passarem por diferentes serviços para chegarem ao ponto da rede que atenda sua necessidade de saúde. Além das dificuldades enfrentadas pelas PCD durante os deslocamentos, o tempo gasto e a demora até chegar ao serviço certo podem levar tanto ao distanciamento do usuário aos serviços, quanto ao aumento da demanda reprimida, caracterizando um histórico vazio assistencial, principalmente nos serviços da AE, gerando um aumento no tempo de espera para atendimento e ao absenteísmo, como é demonstrado nos artigos V e VIII.

A AB, enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado é a principal porta de entrada das PCD nos serviços de saúde^{7,25}. Segundo as diretrizes da RCPD, a AB é a responsável por desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção, bem como o cuidado à saúde da PCD, de forma longitudinal e articulada com os outros pontos da rede de atenção à saúde, apoiada por diversos dispositivos de cuidado. Entretanto, identifica-se que a AB tem dificuldade em produzir acesso às PCD, que muitas das vezes têm seu cuidado concentrado em serviços especializados^{7,28}.

Observa-se que os encaminhamentos realizados pela AB são pautados na doença e em procedimentos a partir de queixa-conduta. Com projetos terapêuticos baseados no saber biomédico e procedimentos centrados a partir de um olhar para a minimização do déficit em lugar de considerar os diferentes modos de vida e as singularidades de funcionamento cada pessoa, há um esvaziamento de



sentido e de valor tanto para os usuários, quanto para os trabalhadores da saúde. Nesse cenário, os usuários passam pela AB somente como um ponto de encaminhamento, o que faz com que as linhas de cuidado se tornem burocratizadas a ponto de existirem sem a necessidade real do usuário, esvaziando a produção de cuidado em saúde para as PCD²⁹.

A Política Nacional da Pessoa com Deficiência (PNPCD) prevê a garantia de saúde integral às PCD, bem como a organização dos serviços voltados a essa população a fim de que seus direitos sejam resguardados³⁰. Para tanto, são necessárias ações que facilitem seus percursos em busca de cuidados, pois as condições de vida das PCD, em geral, já são marcadas por vulnerabilidades que podem influenciar seu processo saúde/doença.

O artigo II expõe a fragilidade das informações sobre os serviços, e a própria legislação³⁰ aponta que os mecanismos de informação necessitam de aprimoramento e publicização. É essencial que os profissionais de saúde conheçam a RCPCD, suas ofertas, articulações e como estão organizados os serviços e os fluxos dessa Rede.

O acesso à informação é um pilar fundamental na produção do cuidado e na autonomia do usuário no seu caminho em busca de tratamento. Entretanto, de modo geral, ainda é limitado e limitador, principalmente para algumas populações. Esse dado torna-se mais preocupante ao se considerar que o acesso à informação é condição indispensável para a utilização adequada e oportuna no âmbito da saúde, embora por si só não seja suficiente. Um fluxo correto da comunicação não se refere somente ao envio de mensagens, mas principalmente à capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, sendo o acesso à informação um potencial gatilho para alavancar esse processo³¹.

Paralelamente aos aspectos problematizados, a falta de trabalhadores qualificados para atender às especificidades das PCD é outra importante lacuna citada nos estudos II, V, VIII, IX e X, e impacta negativamente na produção do cuidado. Os estudos apontam que frequentemente a qualificação ocorre a partir da iniciativa pessoal do trabalhador, e o usuário, ao ser acolhido por um profissional qualificado, sente-se mais confiante ao expor suas reais necessidades.

Os trabalhadores de saúde devem estar aptos a acolherem e produzirem atos cuidadores às PCD, e tal competência é fundamental nos serviços que



compõem a RCPCD. Essa é uma barreira que repercute em maior sofrimento às PCD e pode fazer com que desistam de buscar o cuidado no SUS. As diretrizes da PNSPD destacam que a qualificação dos trabalhadores de saúde para o cuidado a esta população é prioridade³², entretanto essa realidade não foi constatada no cotidiano dos serviços³³. Quanto mais distantes estão os trabalhadores de saúde do universo dos usuários, maiores são as dificuldades para um cuidado de saúde resolutivo³⁴.

A qualificação para o cuidado das PCD pode potencializar o cuidado em saúde em todos os pontos da rede, pois possibilita a criação de vínculo com os usuários, permite identificar riscos e possibilidades de intervenções da equipe junto aos indivíduos e suas famílias³⁵ e promove resolutividade. Trabalhadores de saúde qualificados ao atendimento dessa população facilitam o acesso ao cuidado pelas PCD, reduzem encaminhamentos desnecessários, e conseqüentemente, diminui a demanda reprimida nos serviços especializados³⁶.

A PNPCD prioriza a qualificação dos trabalhadores de saúde para o cuidado a esta população, no entanto, os estudos II, V, VIII, IX e X demonstram a fragilidade desse eixo da política, pois muitos trabalhadores não se sentem qualificados para o atendimento das PCD e/ou realizam encaminhamentos desnecessários para a AE buscando suprir a lacuna que não é preenchida no âmbito da AB. São necessárias ações indutoras e apoio para a qualificação dos trabalhadores de saúde que atuam nos serviços da RCPCD, de modo a ampliar e qualificar o acesso à saúde das PCD, e para atender às suas necessidades de saúde em tempo oportuno.

A PNPCD prevê a assistência integral a essa população, entretanto, as barreiras organizacionais problematizadas evidenciam que diversos fatores contribuem para a burocratização dos serviços e conseqüente desarticulação/fragmentação. Um efetivo trabalho em rede, com articulação entre os trabalhadores dos diferentes pontos de atenção, associado à otimização do apoio matricial por meio de especialistas consultores e trabalhadores do NASF aumentaria a resolubilidade da AB, reduziria as filas e a descontinuidade do cuidado. Fica evidente a necessidade de efetivo fortalecimento da RCPCD, buscando aprimoramento da gestão do cuidado e de práticas que contribuam para a autonomia dessa população que vivencia estigmas, preconceitos e falta de informação nos diferentes cenários no âmbito da saúde.



- Barreiras socioeconômicas

O resultado do estudo I indicou que a vulnerabilidade social configura-se com uma importante barreira ao acesso das PCD aos serviços de saúde e está diretamente relacionada a dificuldades financeiras, baixa escolaridade e maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Além disso, as PCD em quadros de maior dependência necessitam de um cuidador permanente e suas rendas são utilizadas para a sobrevivência familiar.

As PCD têm mais chance de viverem em situação de vulnerabilidade social, pois apresentam dificuldades de proverem a própria subsistência³⁷, associadas às maiores necessidades de cuidados de saúde^{38,39}. Mais de 50% das PCD não conseguem pagar por serviços de saúde, e possuir alguma deficiência aumenta o custo de vida em pelo menos um terço da renda⁴⁰.

A baixa escolaridade é um dos fatores associados à baixa renda das PCD, cujos desafios para a educação estão presentes desde a infância, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde 90% das crianças com deficiência não frequentam a escola⁴⁰. O acesso à educação em todos os níveis é menor para as PCD em relação à população sem deficiência², o que repercute diretamente na menor capacidade de mobilizar recursos para subsistência^{37,41}. A baixa escolaridade também está associada a necessidades de saúde de PCD não atendidas⁴, devido à falta de recursos financeiros, e também por dificuldade de acesso a informações, ou ainda por incapacidade de compreendê-las adequadamente³⁷.

O acesso ao trabalho garantido por lei às PCD tem como objetivo mitigar os efeitos dessas desigualdades, buscando favorecer formas de inclusão social mais amplas e completas, pois permite, dentre outras questões, interação e participação social, além de diminuir a pobreza e violência^{3,42}.

A deficiência não é uma característica da pobreza, porém, é por ela influenciada³⁷. A pobreza e a marginalização social podem afetar de forma mais dura as PCD, realidade que justifica um olhar e tratamento diferenciados por parte da sociedade, configurando-se como um grupo que deve ser priorizado pelo poder público. São necessárias políticas públicas que busquem a redução das desigualdades e promovam condições de vida mais justas e inclusivas, que



sejam previstas e cumpridas em diferentes dispositivos legais e sociais. Nessa direção, políticas de transferência de renda têm se mostrado efetivas³⁹.

- Barreiras arquitetônicas e de comunicação

As barreiras arquitetônicas, relacionadas ao acesso físico das PCD em diferentes espaços são colocadas em evidência nos estudos IV, VI e X. As barreiras de comunicação, entendidas pela acessibilidade nas diferentes linguagens compreendidas pelas PCD (como libras e braile), foram abordadas em apenas uma das publicações analisadas (IX).

O acesso autônomo das PCD a equipamentos urbanos é garantido pela legislação brasileira⁴³ e destacado em documentos internacionais^{4,32}. A RCPCD indica que a acessibilidade é indispensável nos serviços que compõem a Rede, entretanto, essas barreiras constituem-se como dificuldades frequentemente relatadas em estudos que abordam o acesso aos serviços de saúde^{22,44,45} e deslocamentos no cotidiano das PCD⁴⁶.

As barreiras arquitetônicas e de comunicação impedem que as PCD exerçam plena e efetivamente os direitos humanos universais, como o direito ao deslocamento com autonomia e segurança. Ao restringirem a mobilidade urbana, cerceiam outros direitos fundamentais, como acesso à educação, saúde, trabalho, lazer, entre outros³².

Os estudos analisados apontam barreiras de acesso como a inexistência de calçamento, a presença de esgotos, bueiros, pisos quebrados, rampas íngremes, corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados, escadas, que dificultam tanto a chegada aos serviços de saúde, como a mobilidade no interior dos prédios. Um percentual expressivo de serviços de saúde ainda não está adequado estruturalmente para o acesso das PCD, tanto em relação ao ambiente externo^{22,44,46}, quanto ao ambiente interno^{44,46,47}.

As barreiras de comunicação, embora menos mencionadas nos estudos analisados e na literatura em geral, não são menos restritivas. Pelo contrário, talvez não sejam abordadas na mesma proporção que as barreiras arquitetônicas em função de que as PCD sensoriais encontrem-se ainda mais invisibilizadas nos serviços de saúde. Em pesquisa realizada em todas as UBS do país, pouquíssimas eram



acessíveis para PCD visual ou auditiva⁴⁴. Considerando-se que as UBS são a principal porta de entrada do SUS, e um percentual baixíssimo oferece acessibilidade para pessoas com deficiência sensorial, possivelmente os demais serviços da rede especializada, hospitalar e de urgência e emergência sejam ainda menos preparados para o cuidado das PCD.

A presença das barreiras arquitetônicas e de comunicação nos serviços de saúde é alarmante, pois esses são os espaços em que supostamente o ambiente deveria estar adequado ao acesso de todos os que buscam por cuidado à saúde, inclusive as PCD. Quando os locais de produção de cuidado em saúde impõem tais barreiras, o acesso à saúde pelas PCD fica extremamente comprometido^{22,44}.

Medidas de adequação dos espaços físicos dos serviços de saúde, e a qualificação dos profissionais para comunicarem-se de maneira adequada com as PCD são urgentes e necessárias, de modo a ampliar o acesso à saúde e reduzir as iniquidades em saúde. São ações essenciais para retirar as PCD da invisibilidade que muitas ainda encontram-se, e para que exerçam de forma plena o direito à saúde no Brasil.

Os direitos adquiridos necessitam de uma efetiva implementação, visando equidade e universalidade a partir de ações de inclusão e acessibilidade, maximizando, assim, a capacidade de enfrentamento das barreiras enfrentadas pelas PCD e garantindo saúde, dignidade e, acima de tudo, justiça social¹¹.

- Barreiras relacionais

Os estudos III, IV e X demonstram que os aspectos relacionais estão fortemente presentes no cotidiano dos serviços de saúde e podem influenciar o caminho do usuário e seu plano terapêutico. A abordagem é, sobretudo, sobre a importância do vínculo entre os profissionais, família, usuário e comunidade, questão essencial para o cuidado.

Entendemos que os processos de trabalho em saúde são permeados por diferentes tecnologias e destacamos aqui o uso das tecnologias leves que se caracterizam como tecnologias de relações que envolvem o vínculo, autonomia, acolhimento e gestão do cuidado como uma forma de governar processos de



trabalho, visto que a ideia de tecnologia não está ligada somente a conhecimentos cognitivos (tecnologias leves-dura), recursos materiais e equipamentos (tecnologias duras), mas também nas relações que se estabelecem nos encontros da produção do cuidado⁴⁸.

As PCD são fortes utilizadores do SUS e necessitam de planos terapêuticos cuidadores que contribuam efetivamente com a produção de maior autonomia para a saúde e para vida. Neste sentido o vínculo entre a PCD, trabalhadores, família e comunidade e a autorresponsabilização pelo cuidado são movimentos estratégicos para que estes objetivos sejam alcançados. Esse movimento não acontece espontaneamente, é necessário que se crie um ambiente de confiança, empatia, com mais fluidez nas relações e segurança em relação aos procedimentos e encaminhamentos.

Além disso, o artigo X destaca a responsabilização e qualificação adequadas dos profissionais para que essa confiança seja estabelecida. Diante do fato de que muitos profissionais não se sentem capazes de realizar o cuidado das PCD, gera-se uma dependência dos usuários com as equipes de AE, lugar este onde sentem como o ponto da rede que suprirá suas demandas e necessidades.

Segundo os estudos analisados, as relações interpessoais podem se tornar dificultadoras ou facilitadoras de acesso, de acordo com quem os atende e também pelas redes de apoio criadas pelos indivíduos. Portanto, para além das diretrizes formais, a articulação intrarredes é subordinada pelas decisões e movimentos individuais dos trabalhadores dos diversos pontos de atenção, compondo, assim, uma rede viva⁴⁹ e em constante transformação³⁶.

No campo do cuidado, ampliar o olhar para esta rede viva é uma possibilidade de ampliar as relações de vínculo e conexões entre os sujeitos⁴⁹. Entende-se por rede viva o modo com que se produzem as conexões de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver socialmente. Os trabalhadores, como ponto importante da produção do cuidado, podem disparar movimentos para ajustar novas conexões e trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos em forma de uma 'rede viva de cuidados', em constante produção⁴⁹, valorizando os encontros ocorridos no cotidiano das relações como processo micropolítico para a qualificação do cuidado³⁶.



No sentido de facilitar o enfrentamento de suas demandas, as PCD criam suas redes de apoio constituídas majoritariamente por membros da família. A ausência de auxílio nos caminhos percorridos, como marcação de consultas ou acompanhamentos, se tornam barreiras na continuidade do cuidado a essa população. As redes de suporte contribuem positivamente no caminho vivenciado pelas PCD, desde os deslocamentos até as práticas burocráticas presentes nos serviços de saúde, conforme evidenciado nos artigos III e X.

Os aspectos relacionais estão em constante modificação e podem repercutir diretamente na qualidade do serviço e da produção do cuidado das PCD. As tecnologias leves trazem potência ao usuário, com maior vínculo com aqueles que cuidam, e possibilitam fugir da lógica da reabilitação de um corpo com problemas ou doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação do Brasil é considerada avançada no que se refere aos direitos das PCD, contudo, há uma grande distância entre o que está descrito nas leis e a concretização dos direitos de igualdade, cidadania e acessibilidade na vida das PCD.

As barreiras ao acesso à saúde são efeitos de múltiplos fatores que agem sinergicamente ao impedir ou dificultar que uma pessoa utilize um serviço de saúde quando necessário. Muitas das necessidades de saúde das PCD são semelhantes às de pessoas sem deficiência, contudo, na vigência da deficiência, há um risco maior do desenvolvimento de agravos secundários, maior necessidade dos serviços de saúde, maior risco de perda funcional, de redução da independência e sofrimento mental. Além disso, outras questões transversais, para além do campo da saúde, interferem significativamente no acesso e barreira às PCD na sociedade, como transporte, acessibilidade e fatores socioeconômicos. Tais questões impactam na vida cotidiana, inclusive na produção da saúde.

Os estudos analisados demonstraram que as barreiras de acesso aos serviços de saúde são multifatoriais e emergem de questões organizacionais, estruturais, financeiras, relacionais, sociais e culturais, fortemente presentes no cotidiano e demandam dos usuários e seus familiares um exercício de resistência e



paciência. É preciso reforçar que as PCD necessitam de oportunidades iguais a todo o cidadão, bem como a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, políticas e ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde objetivando que a equidade esteja presente em todos os aspectos da vida em sociedade.

É evidente que temos problemas na formação e desenvolvimento do trabalho em saúde, tornando-se absolutamente necessário construir movimentos no SUS para melhorar a qualificação dos trabalhadores e gestores de saúde para atuar com as PCD.

Outra questão importante para comunidade em geral é compreender que o afastamento das PCD da vida cotidiana em todos os espaços urbanos e nos postos de trabalho não é natural, mas uma construção social de um mundo em que as vidas das PCD não são olhadas sob as mesmas lentes das pessoas sem deficiência, pois se configuram como campo de múltiplos atravessamentos, que precisam ser debatidos.

O cuidado destinado à PCD precisa ser discutido de forma ampla, pois no cotidiano do cuidado a essa população, percebe-se um enfoque hegemônico nas modalidades destinadas à reabilitação intelectual, física, auditiva e visual, na busca de um “corpo funcional” mais próximo possível do que temos como padrão de “normalidade”. Na busca do padrão ditado pela corponormatividade⁵⁰ estabelecido em nossa estrutura social, os serviços de saúde e reabilitação, sem perceber, constituem-se como barreiras ao cuidado das PCD.

Precisamos refletir sobre e combater o capacitismo: ‘tipo de discriminação que se materializa na forma de mecanismos de interdição e de controle biopolítico de corpos com base na premissa da (in)capacidade, ou seja, no que as pessoas com deficiência podem ou são capazes de ser e fazer’⁵⁰. O capacitismo é externado por atitudes preconceituosas que hierarquizam as pessoas conforme a adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional⁵⁰, que gera estigma e viola a igualdade, e conseqüentemente, a dignidade da PCD.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência apresenta a igualdade como um direito de capacitar pessoas ao eliminar os fatores que as descapacitam⁵. As perspectivas advindas da reabilitação cidadã precisam ser evidenciadas por meio de propostas para efetivação de políticas públicas



destinadas às PCD, compreendendo que não são elas que precisam adaptar-se à sociedade e sim a sociedade que precisa adaptar-se às características das PCD.

Finalmente, é importante acrescentarmos um elemento essencial a esse debate, que é a atual situação de crise econômica e sanitária mundial. Em momentos de crises econômicas e medidas de austeridade, aumentam as desigualdades e as iniquidades sociais e na saúde, com importantes impactos na saúde das PCD⁵¹. Essa situação é ainda mais contundente no Brasil, com o desfinanciamento do SUS em função da EC 95/2016. Em 2019 o índice Gini no país chegou ao pior resultado da série histórica, sendo que a renda acumulada dos mais ricos aumentou 3,3%, e houve uma queda de mais de 20% da renda entre os mais pobres⁵². Em 2020, com a pandemia da COVID-19, os impactos na vida e na saúde das PCD serão ainda mais nefastos, com repercussões importantes no aumento das barreiras de acesso à saúde por esse grupo populacional.

É fundamental produzir visibilidade aos processos de acessos e barreiras que passam às PCD em sua vida cotidiana, para garantir e apoiar medidas e processos singulares de cuidado no sentido de que as PCD alcancem e mantenham o máximo de independência, bem como sua inclusão e participação na sociedade e em todos os âmbitos da vida.

É necessário ampliar o olhar sobre o cuidado às PCD, para não se limitar às tecnologias de cuidado de alta densidade material, mas entender outras tecnologias do cuidar, como a escuta, o diálogo, o acolhimento, a educação permanente e outras mais do campo das tecnologias de cuidado de alta densidade relacional, que possibilitem visibilizar uma dimensão subjetiva no cuidar.

É importante, portanto, discutir e tensionar, não somente no campo da saúde, mas em diferentes âmbitos da sociedade, as percepções que se têm em torno das PCD e suas potencialidades. É fundamental buscar uma compreensão de inclusão que amplie a própria noção de recuperação funcional das PCD, como reconhecimento das singularidades desses cidadãos de direitos na sociedade.



AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento do projeto “Análise da implantação da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência – os usuários, trabalhadores e gestores como guias”, chamada 35/2018, processo número 442816/2018-9.

REFERÊNCIAS

- 1 WHO. World Health Organization. The world bank. World report on disability. Genebra: WHO; 2011.
- 2 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>
- 3 BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- 4 OMS. Relatório Mundial sobre a Deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. Título original: World report on disability, 2011. ISBN 978-85-64047-02-0.
- 5 BRASIL. Decreto nº 6949, de 25 de Agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.
- 6 KUPER H, MACTAGGART I, DIONICIO C, CAÑAS R, NABER J, POLACK S. Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? Results from a national case-control study in Guatemala. PLOS ONE, December, 2018.
- 7 BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 25 abr 2012.
- 8 THIEDE M, AKWEONGO P, MCINTYRE D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE D, MOONEY G. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.
- 9 LIMA LD, VIANA ALA, MACHADO CV, ALBUQUERQUE MV, OLIVEIRA RG, IOZZI FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 17(11): 2881-2892, Nov. 2012.



- 10 BARBOSA SP, ELIZEU TS, PENNA CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8): 2347-2357.
- 11 LOPES MJM, SOARES JSF, BOHUSCH G. Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde. *Rev Baiana Enferm.*, 2014; 28(1):4-12.
- 12 GIRONDI JBR, SANTOS SMA. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. gaúcha enferm. Porto Alegre*, 2011; 31(2):378-384.
- 13 BERNARDES LCG, MAIOR IMML, SPEZIA CH, ARAUJO TCCF. Pessoas com deficiência e políticas públicas no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, 2009; 14(1):31-38.
- 14 SZWARCOWALD CL, DA MOTA JC, DAMACENA GN, PEREIRA TGS. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: lower healthy life expectancy in socioeconomically disadvantaged areas. *American journal of public health*, 2011; 101(3):517-523.
- 15 TOMLINSON M, SWARTZ L, OFFICER A, CHAN KY, RUDAN I, SAXENA S. Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. *The Lancet*, 2009; 374(9704):1857-1862.
- 16 SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 2010; 8(1):102-106.
- 17 SOARES CB, HOGA LAK, PEDUZZI M, SANGALETI C, YONEKURA T, SILVA DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48(2):335-45.
- 18 LIBERATI A, ALTMAN DG, TETZLAFF J, MULROW C, GOTZSCHE P, IOANNIDIS JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009 Jul; 6(7):e1000100.
- 19 ARAÚJO LM, ARAGÃO AEA, PONTE KMA, VASCONCELOS LCA. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. / Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services – integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], apr. 2018; 10(2):549-557.
- 20 OTHERO MB, DALMASO ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)*, mar. 2009; 13(28):177-188.
- 21 CONASS. Conselho Nacional de Secretários De Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: CONASS; 2003.



22 AMARAL FLJS, HOLANDA CMA, QUIRINO MAB, NASCIMENTO JPS, NEVES RF, RIBEIRO KSQS, ALVES SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(7):1833-40.

23 OTHERO MB, AYRES JRCM. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface - Comunic., Saude, Educ., jan./mar.* 2012; 16(40):219-33.

24 OMS. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.

25 BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.*

26 SCHEER JM, KROLL T, NERI MT, BEATTY P. Access barriers for persons with disabilities: The consumer's perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 2003; 14(4): 221-230.

27 SILVA MA, SANTOS MLM, BONILHA LAS. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2014; 18(48):75-86.

28 AMORIM EG, LIBERALI R, MEDEIROS NETA OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *HOLOS, [S.l.]*, fev. 2018; 1:224-236.

29 FREIRE RC. As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado. *Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.* 2005.

30 BRASIL. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência. *Diário Oficial da União.*

31 SORENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELIKAN J, SLONSKA Z, BRAND H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 80(12):1-13.

32 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde).



- 33 HILGEMBERG A, LEMOS JRD, GOMES JR. Evidências preliminares da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nas Unidades Básicas de Saúde em uma cidade do estado do Paraná, Brasil. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, jan./mar., 2018; 16(55):57-63.
- 34 NÓBREGA JD, MUNGUBA MC, PONTES RJS. Deafness and Health Care: Challenges to the implementation of the care network for the disabled. *Rev Bras Prom Saúde, Fortaleza*, jul./set., 2017; 30(3):1-10.
- 35 VIEIRA DKR, FAVORETO CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface*. 2016; 20(56):89-98.
- 36 DUBOW C, GARCIA EL, KRUG SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate. Rio de Janeiro*, abr-jun., 2018; 42(117):455-467.
- 37 SOUZA JM, CARNEIRO R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. *Saude soc. [Internet]. Dec, 2007; 16(3):69-84.*
- 38 IEZZONI LI. Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(10):1947-1954.
- 39 FELICISSIMO MF, FRICHE AAL, XAVIER CC, PROIETTI FA, NEVES JAB, CAIAFFA WT. Posição socioeconômica e deficiência: “Estudo Saúde em Belo Horizonte, Brasil”. *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, Nov. 2017; 22(11):3547-3556.*
- 40 ONU. Organização das nações unidas. *The invisibility of disability, 2015.* Disponível em: www.un.org/disabilities/enable@un.org.
- 41 CARVALHO-FREITAS MN. Inserção e gestão do trabalho de pessoas com deficiência: um estudo de caso. *Rev. adm. contemp. Curitiba June, 2009; 13(spe).*
- 42 PAIVA JCM, BENDASSOLLIL PF. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, jan. 2017; 23(1):418-429.
- 43 ABNT. Associação brasileira de normas técnicas – NBR 9050. *Acessibilidade de Pessoas com Mobilidade Reduzida às Edificações, Espaços e Equipamentos Urbanos.* Rio de Janeiro: 2015.
- 44 SANTOS MLM, FERNANDES JM, VICENTE DP, SIMIONATTO J, SANCHES VS, SOUZA AS. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2020; 29(2):e2018258.*



- 45 ARRUÉ EM, FERREIRA TG, PONTE AS, DELBONI MCC. Os Desafios No Cotidiano De Estudantes Universitários Com Deficiência: Barreiras Ou Facilitadores? Saúde (Santa Maria), maio/agosto, 2019; 45(2):1-13.
- 46 SIQUEIRA FCV, FACHINNI LA, SILVEIRA DS, PICCINI RX, THUMÉ E, TOMASI E. Barreiras Arquitetônicas a idosos e portadores de deficiências física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades de saúde em sete estados do Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(1):39-44.
- 47 PICCINI RX, FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, Sept.2006; 11(3):657-667.
- 48 MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
- 59 MERHY EE, GOMES MPC, SILVA E, SANTOS MFL, CRUZ KT, FRANCO TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Saúde debate. 2014; 52:153-164
- 50 MELLO AG. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Oct; 21(10):3265-3276.
- 51 ROTAROU ES, SAKELLARIOU D. Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. Critical Public Health. 2019; 29(1):48-60.
- 52 FGV IBRE 2019. Desigualdade de renda no Brasil bate recorde, aponta levantamento do FGV IBRE. <<https://portal.fgv.br/noticias/desigualdade-renda-brasil-bate-recorde-apontalevantamento-fgv-ibre>>