

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-246>

Data de submissão: 20/01/2025

Data de publicação: 20/02/2025

Carla Loureiro Portuense Siqueira

Fisioterapeuta, mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM.

Mariangela Braga Pereira Nielsen

Fisioterapeuta, Doutora em Kinesiologia y Fisiatria pela Universidade Nacional de General San Martin.

Lara Bourguignon Lopes

Fisioterapeuta, residente na atenção ao paciente crítico pelo Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECL.

Rodrigo Scoassante Tavares

Médico, mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Maria Clara Sossai de Almeida

Fisioterapeuta, mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Laisa de Souza Souto

Fisioterapeuta pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória – EMESCAM

Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Doutora em Pediatria e Saúde da Criança, docente do Programa de Pós-graduação de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

RESUMO

Apesar da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ter sido implementada há mais de duas décadas, ainda existem barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde para essa população. Dessa forma, o objetivo deste artigo é descrever as barreiras de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com deficiências. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada com artigos publicados entre os anos de 2008 a 2023, através das bases de dados LILACS e PubMed, contemplando a língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos resumos publicados em revistas ou anais de evento, artigos repetidos, teses/dissertações, revisões e livros, totalizando sete artigos incluídos. A seleção dos estudos foi realizada, primeiramente, por um único revisor e as dúvidas foram sanadas pelos demais autores. Para caracterizar os artigos foram extraídas as seguintes informações: autor, ano, objetivos e resultados/conclusão. Utilizou-se a técnica de Análise Textual Discursiva para apresentação dos resultados. As barreiras de acesso aos serviços de saúde foram classificadas em: produtos e tecnologias, barreiras atitudinais e serviços, sistema e políticas. Evidenciou-se que apesar da existência

de políticas voltadas a pessoas com deficiências a maior parte dessa população ainda enfrenta muitas barreiras para garantir uma vida digna, o que se agrava ainda mais na presença de interseccionalidade, com destaque para a população mais pobre e para as mulheres. Portanto, é necessário uma revisão das políticas públicas, destinando adequadamente os recursos para contemplar desde adaptações na infraestrutura até a sensibilização da sociedade e capacitação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. Direitos Humanos.

1 INTRODUÇÃO

A Pessoa Com Deficiência (PCD) é entendida como aquela cuja participação completa e efetiva na sociedade é restrita em decorrência de alguma disfunção de longo prazo do tipo física, mental, intelectual ou sensorial, associado a uma ou mais barreiras ambientais (Brasil, 2015). A convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e resulta da interação entre as PCD e as barreiras ambientais como atitudes, estruturas arquitetônicas, políticas públicas dentre outros que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2009).

No Brasil, em 2022, as PCD compuseram uma parcela significativa da população, totalizando cerca de 18 milhões de pessoas. Dentre os indivíduos com dois ou mais anos de idade, 3,4% possuíam deficiência visual, 1,1% auditiva, 1,2% deficiência mental e 1,8% motora. Esses dados evidenciam a relevância desse grupo para as políticas de saúde pública e a necessidade de atenção específica às suas condições de saúde (IBGE, 2022). Além disso, evidências indicam que as PCD tendem a morrer mais cedo, têm piores condições de saúde, funcionalidade e apresentam maior número de emergências de saúde em comparação às pessoas sem deficiência. Isso ocorre devido às desigualdades e condições injustas enfrentadas por essa população (OMS, 2022a).

Diante dessas necessidades, o sistema de saúde brasileiro sofre um impacto expressivo, tanto em termos de demanda por serviços quanto em custos associados (Medeiros *et al.*, 2021). O atendimento inadequado ou insuficiente às pessoas com deficiências não apenas eleva os custos diretos e indiretos para o sistema, devido ao maior uso de serviços, mas também afeta significativamente a qualidade de vida desses indivíduos, resultando em menor participação social e aumento das desigualdades (Pupo; de Almeida; Trenché, 2021)

Uma das formas pelas quais o Estado Brasileiro busca garantir a autonomia e melhorar as condições e a qualidade de vida das pessoas com deficiência é por meio da formulação de políticas públicas que visam ampliar o acesso à saúde de qualidade. Nesse contexto, a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), em 2002, teve como objetivo promover a inclusão e assegurar os direitos dessa população. O primeiro eixo da PNSPD visa a promoção da saúde, a qualidade de vida e a prevenção de agravos em todos os ciclos de vida, de acordo com as necessidades específicas das pessoas com deficiência (Brasil, 2002).

No entanto, por muitos anos, o cuidado à saúde das PCD esteve restrito a serviços de reabilitação oferecidos pela Atenção Especializada (AE), o que ainda é insuficiente para atender às demandas específicas dessa população, que acabam se acumulando a cada dia (Brasil, 2009). Apesar de a PNSPD ter sido implementada há mais de duas décadas, as PCD ainda enfrentam dificuldades e

barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde, compreender essas barreiras é fundamental para que medidas de melhoria possam ser tomadas. Portanto, o objetivo deste artigo é descrever as barreiras de acesso aos serviços de saúde para as pessoas com deficiências.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, com o objetivo de reunir e sintetizar os resultados de publicações científicas relacionadas à garantia das pessoas com deficiência ao direito e acesso aos serviços de saúde. A revisão foi conduzida conforme adaptação das recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) (PAGE *et al.*, 2023) e tem como pergunta norteadora “Quais as barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiências?”.

2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Considerou-se todas as produções científicas que tivessem, em seu conteúdo, pessoas com deficiência, defesa das pessoas com deficiência e direitos humanos, nos idiomas inglês ou português, publicados entre os anos de 2008 e 2023, em português ou inglês, de abordagem qualitativa ou quantitativa. Os critérios de exclusão adotados foram resumos publicados em revistas ou anais de evento, artigos repetidos nas bases de dados exploradas, teses/dissertações, revisões e livros.

2.2 FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

A última busca dos estudos foi realizada em julho de 2024 nas bases eletrônicas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed).

A estratégia de busca empregada na base de dados LILACS utilizou os seguintes descritores, reconhecidos pelos sistemas de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) em português e inglês: (Pessoas com deficiência/ Disabled Persons) AND (Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência/ Health Services for Persons with Disabilities) AND (Direitos Humanos/ Human Rights). Para a busca no MEDLINE/PubMed foram utilizados os descritores na língua inglesa, reconhecido pelo Medical Subjects Headings (MeSH): (Disabled Persons) AND (Health Services for Persons with Disabilities) AND (Human Rights).

2.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Inicialmente, os estudos identificados foram avaliados por meio da análise dos títulos, descartando as pesquisas duplicadas nas bases de dados, além daquelas que não tinham implicação com os objetivos deste estudo. Em seguida, procedeu-se com a leitura dos resumos, selecionando aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão delimitados nesta pesquisa. Por fim, através da leitura na íntegra, foram selecionadas as pesquisas que dialogavam com os objetivos deste estudo, culminando na amostra final incluída nesta revisão integrativa.

A seleção dos estudos foi realizada, primeiramente, por um único revisor, sendo que as dúvidas foram sanadas pelos demais autores. Todo processo de seleção dos estudos, com motivos e quantidade de exclusão em cada etapa, foi elencado no fluxograma apresentado na Figura 1.

2.4 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS/CONTEÚDOS

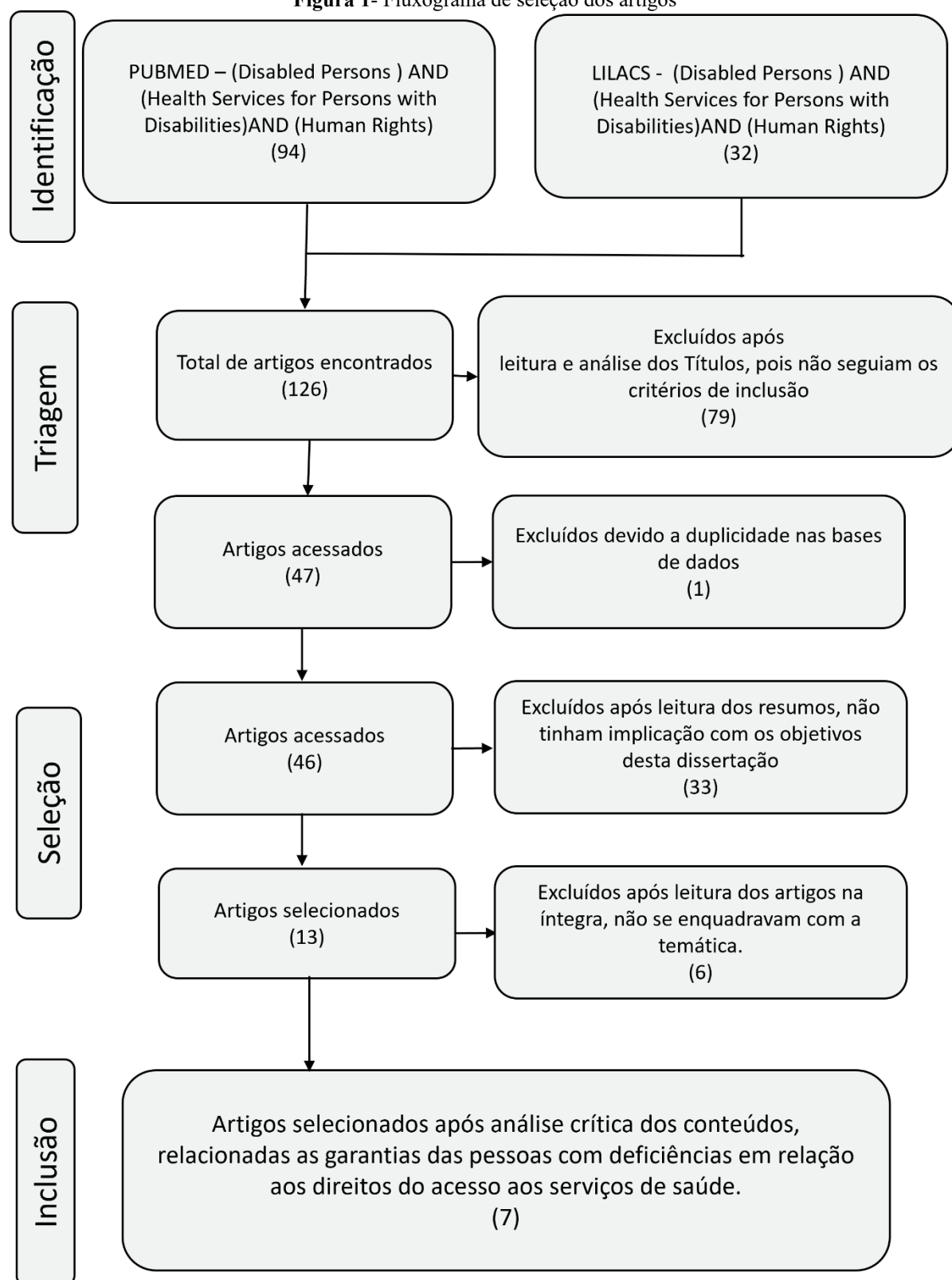
Para caracterizar os artigos incluídos na revisão, foram extraídas as seguintes informações: Autor; Ano; Objetivos e resultados/conclusão. Para compilar e apresentar os resultados acerca do acesso e direitos humanos da PCD foi utilizada a técnica de Análise Textual Discursiva proposta por Moraes e Galiuzzi (2006).

3 RESULTADOS

Foram encontrados nas bases de dados 126 publicações, sendo 32 originárias da base de dados LILACS e 94 da PUBMED. Através da análise dos títulos, excluindo os que não implicaram com os objetivos desta dissertação, 47 publicações foram selecionadas, um artigo estava duplicado na base de dados, totalizando 46 estudos para leitura dos resumos. Foram excluídos 33 artigos após leitura dos resumos, pois não tinham implicação com os objetivos propostos, dessa forma, 13 estudos foram selecionados para leitura na íntegra, porém, seis publicações foram excluídas por não se enquadrarem na temática. Por fim, sete artigos (Amaral *et al.*, 2012; Elias; Monteiro; Chaves, 2008; Martins *et al.*, 2023; Mulumba *et al.*, 2014; Neille; Penn, 2015; Pinto *et al.*, 2021; Trani *et al.*, 2022) estavam de acordo com os critérios de inclusão e possuíam os elementos necessários para responder à questão norteadora proposta.

Todo o processo de seleção que resultou na inclusão destes artigos está apresentado no fluxograma a seguir (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

O período de realização das pesquisas variou de 2008 a 2023, dos 7 estudos, quatro foram realizados a nível nacional no estados de Recife (Martins *et al.*, 2023), João Pessoa (Amaral *et al.*,

2012), Rio de Janeiro (Elias; Monteiro; Chaves, 2008), e todo território nacional (Pinto *et al.*, 2021), e 3 internacionais: Afeganistão (Trani *et al.*, 2022), África do Sul (Elias; Monteiro; Chaves, 2008), e Uganda (Mulumba *et al.*, 2014)). As pesquisas, em sua maioria, possuíam uma abordagem qualitativa com utilização de questionários e entrevistas, sendo quatro estudos quantitativos, três transversais descritivos e um intervencional quasi-experimental (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos selecionados quanto à autoria, ano de publicação, local da pesquisa, desenho do estudo, objetivos e análise da qualidade.

Autoria (Ano)	Local	Desenho do estudo	Objetivos
Martins <i>et al.</i> , (2023)	Recife, Brasil	Estudo qualitativo	Analisar o processo de formulação da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência da cidade do Recife, considerando o contexto, a influência dos atores sociais, o processo decisório e o seu conteúdo.
Trani <i>et al.</i> , (2022)	Afeganistão	Estudo intervencional quase-experimental	Investigar a efetividade da entrega de diversos serviços como fisioterapia, dispositivos auxiliares, serviços laborais, serviços educacionais e advocatícios, para participantes de um programa de reabilitação baseada na comunidade
Pinto <i>et al.</i> , (2021)	Brasil, Londres	Estudo transversal	Apresentar a análise nacional da acessibilidade dos estabelecimentos de atenção primária à saúde de PCD no primeiro ciclo de 2012.
Neille e Penn, (2015)	África do Sul	Estudo qualitativo	Explorar as experiências vividas das pessoas com deficiências em uma zona rural da África do Sul.
Mulumba <i>et al.</i> , (2014)	Uganda, África	Estudo qualitativo	Compreender as percepções e experiências de idosos e PCD com relação ao acesso aos cuidados de saúde e serviços sociais relacionados.
Amaral <i>et al.</i> , (2012)	João Pessoa, Brasil	Estudo transversal descritivo	Avaliar a acessibilidade de pessoas com deficiência e restrição de mobilidade permanente

			ao SUS na cidade de João Pessoa-PB.
Elias; Monteiro; Chaves, (2008)	Rio de Janeiro	Estudo Prospectivo descritivo	Em pacientes portadores de MMC, estudar o real acesso à obtenção dos benefícios para PCD de acordo com a constituição federal e identificar as facilidades e dificuldades referidas pelos seus responsáveis.

SUS: Sistema Único de Saúde; **MMC:** Mielomeningocele; **Fonte:** Elaborado pelo autor (2024)

No Quadro 2, estão apresentados os resultados principais e a conclusão de cada artigo. As principais barreiras apontadas quanto ao acesso aos serviços de saúde foram barreiras ambientais e sociais. Também observou-se altos níveis de abusos sexuais, violência física e verbal, e exclusão social em indivíduos com PCD.

Quadro 2 – Resultados principais e conclusão descritos nos sete artigos incluídos no presente estudo.

Autoria (ano)	Resultados	Conclusão
Martins <i>et al.</i> , (2023)	A política municipal não atende a totalidade da demanda de PCDs. Falta recursos financeiros para ser implementada.	A política de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no Recife foi formulada sem a participação dos PCD e não contemplou as amplas e complexas necessidades dessa população, além de ter sofrido cortes orçamentários importantes que não asseguram sua materialização.
Trani <i>et al.</i> , (2022)	PCDs que moram em zona rural e de baixa renda sofrem ainda mais com discriminação, exclusão social, isolamento e barreiras no acesso aos serviços. Ser mulher aumenta o risco de não receber cuidados de saúde.	O programa de serviços de reabilitação pode contribuir para melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência, promover participação social e reduzir o número de necessidades não atendidas.
Pinto <i>et al.</i> , (2021)	Regiões de menor extensão territorial e populacional, e mais pobres do Brasil apresentaram pior acessibilidade. As barreiras físicas principais foram pisos, rampa de acesso, e corrimão. Quase não há símbolos internacionais, sinais em braile ou recursos auditivos disponíveis para pessoas com deficiências visuais ou auditivas.	Os resultados mostraram que é viável reproduzir a auditoria em larga escala e em outros setores da saúde pública. Destacam-se importantes falhas na acessibilidade, o que aumenta o risco de violação dos direitos de PCD.
Neille e Penn, (2015)	As principais barreiras foram físicas para acesso à saúde, acesso à educação, e à informação (mais frequentemente reportada).	As barreiras para obtenção de serviços vão além de barreiras físicas, incluindo também barreiras socioculturais e políticas. Pessoas com PCD na região rural da África do Sul sofrem com violação dos direitos humanos.
Mulumba <i>et al.</i> , (2014)	De forma geral, os PCDs enfrentam barreiras físicas e sociais que impedem a participação ativa dos planejamentos políticos. Falta de recursos financeiros para comprar medicamentos ou dispositivos auxiliares e não possuem serviço de reabilitação física ou saúde mental.	Os direitos à saúde e das relações interpessoais na Uganda não estão sendo garantidos e promovidos. Em especial, o governo da Uganda não está realizando o seu dever e obrigação estabelecido por leis internacionais com relação aos cuidados com a saúde de PCDS

Amaral <i>et al.</i> , (2012)	As principais barreiras apontadas foram fatores ambientais como rampas, sinais de pedestre, calçadas irregulares, falta de corrimão no caminho entre a residência até o serviço de saúde. Apenas 16,4% dos PCDs realizavam algum tratamento de reabilitação (62,1% fisioterapia e 13,8% psicoterapia).	O estudo demonstrou uma grande desvantagem no acesso aos demais serviços do sistema de saúde que vão além da atenção básica, evidenciando que a integralidade na atenção à saúde ainda não se concretizou.
Elias; Monteiro; Chaves (2008)	As principais barreiras encontradas foram inclusão no ambiente escolar (escola não queria aceitar a criança) e obtenção do Benefício de Prestação Continuada.	Apesar dos três benefícios investigados serem legalmente respaldados, o índice de obtenção ainda é insatisfatório. Além disso, a obtenção não garante necessariamente o acesso.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

4 DISCUSSÃO

Essa revisão integrativa teve como objetivo identificar as barreiras encontradas pelas pessoas com deficiências no acesso aos serviços de saúde. A análise dos sete artigos empíricos incluídos no presente estudo identificou barreiras nos fatores ambientais que constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas com PCD vivem e conduzem sua vida (OMS, 2004). Os fatores ambientais mais citados foram descritos em 3 categorias principais: barreiras: produtos e tecnologias; barreiras atitudinais e barreiras: serviços, sistemas e políticas.

4.1 BARREIRAS: PRODUTOS E TECNOLOGIAS

As barreiras de Produtos e Tecnologias podem ser urbanísticas como vias, espaços públicos e privados aberto ao público; arquitetônicas como estrutura dos edifícios públicos e privados; e nos meios de transporte (Brasil, 2015). Entre agosto de 2007 e dezembro de 2008, Amaral *et al* (2012) investigaram a acessibilidade ao SUS por pessoas com deficiência e restrição permanente de mobilidade na cidade de João Pessoa-PB, as principais barreiras apontadas pelos participantes foram relacionadas a produtos e tecnologia. Mais da metade dos entrevistados (63,9%) relataram enfrentar obstáculos como rampas, sinais de pedestre, calçadas irregulares, falta de corrimão no caminho entre a residência e o serviço de saúde.

Nove anos depois, Pinto *et al* (2021) apresentaram a análise dos dados do censo de 2012 do Programa Nacional Brasileiro de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Neste censo foram analisadas 38,812 unidades básicas de saúde em todo território nacional onde os auditores investigaram acessibilidade interna e externa dos prédios. Os resultados mostraram que a acessibilidade era precária, especialmente os pisos, rampa de acesso, e corrimão. Apenas uma em cada três Unidades Básicas de Saúde (UBS) apresentou entrada acessível, 12% apresentaram banheiros adaptados, 24% corredores compatíveis com cadeiras de rodas, e 9% bebedouros adaptados. Quase

nenhum estabelecimento apresentou símbolos internacionais, sinais em braile ou recursos auditivos disponíveis para pessoas com deficiências visuais ou auditivas.

Com relação aos meios de transporte, participantes com maior limitação da mobilidade necessitam de carro alugado ou particular, já PCD mentais ou auditivas geralmente se deslocam a pé ou de transporte público. Outro ponto interessante reportado foi que mais de metade dos participantes utilizavam a UBS quando estavam doentes (53,2%) e 31,2% os hospitais. Apenas 16,4% dos PCDs realizavam algum tratamento de reabilitação (62,1% fisioterapia e 13,8% psicoterapia) e uma pequena porcentagem (5,9%) nunca procurou os serviços públicos de saúde (Amaral *et al.*, 2012).

Essa realidade não é exclusiva do Brasil, um estudo na África do Sul investigou a acessibilidade em 12 vilas rurais com alto índice de pessoas com deficiência e identificaram que as barreiras ambientais, como acesso aos edifícios e acesso à informação foram as mais relatadas pelos participantes (Neille; Penn, 2015). Já na Uganda as principais barreiras encontradas foram a falta de acesso a medicamentos e cuidados de saúde, baixa qualidade de atendimento de reabilitação e saúde mental (Mulumba *et al.*, 2014). A Organização Mundial de Saúde relata que apesar de mais de 2,5 bilhões de pessoas necessitarem de um ou mais produtos assistivos (OPM) no mundo, quase um bilhão dessas pessoas não têm acesso a essas tecnologias, especialmente em países de baixa e média renda. A cobertura pode variar de 3%, nos países mais pobres, a 90%, nos países mais ricos (OMSa, 2022)

Dessa forma, embora as leis e incentivos governamentais busquem garantir maior acessibilidade a esse grupo, é notório que seu cumprimento é frequentemente negligenciado sob o pretexto de atender a outras prioridades (Santos; Vasconcelos, 2018). A literatura evidencia que os fatores ambientais são mais determinantes que as próprias disfunções e condições de saúde para a realização de atividades e participação social (Hammel *et al.*, 2015). Portanto, mudanças e/ou adaptações na infraestrutura são fundamentais para garantir o acesso, possibilitar a socialização e minimizar ou eliminar esses entraves (Martins *et al.*, 2018).

4.2 BARREIRAS ATITUDINAIS

Atitudes individuais ou da sociedade sobre o merecimento e valor do indivíduo podem gerar práticas discriminatórias, como estigmatização e negligência, que por sua vez restringem a participação social da pessoa com deficiência (OMS, 2004). Cinco dos sete artigos inclusos relataram sobre discriminação, exclusão e isolamento social sofrido pelos PCD (Elias; Monteiro; Chaves, 2008; Mulumba *et al.*, 2014; Neille; Penn, 2015; Trani *et al.*, 2022; Martins *et al.*, 2023). Infelizmente essa é uma barreira muito frequente, principalmente em países subdesenvolvidos como Brasil e países da África.

Na Uganda as PCD são estigmatizadas e marginalizadas pela sociedade devido a sua deficiência. São excluídas dos planejamentos políticos e não possuem voz ativa, seja por exclusão social ou por barreiras arquitetônicas impedindo o acesso presencial. Também foi relatado que, por não contribuírem com a renda, recebem menos quantidade de comida ou de pior qualidade que os demais membros da família, além de sofrerem abuso sexual em troca de favores ou como fonte de renda (Mulumba *et al.*, 2014).

A condição socioeconômica também é uma grande barreira ao acesso à saúde uma vez que limita o acesso à tecnologias assistivas. Cerca de dois terços das pessoas com produtos assistivos relataram pagamentos do próprio bolso, outras relataram contar com a família e amigos para apoiar financeiramente suas necessidades. Todos esses fatores predisõem essa população a piores condições de saúde, não apenas biológico como também psicossocial, aumentando o nível de ansiedade e estresse, levando a falta de prazer nas atividades de vida diária e participação social. (OMS, 2022b; Mulumba *et al.*, 2014).

Adicionado a isso, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde como reabilitação e saúde mental levam ao aumento no abuso de álcool como mecanismo de fuga, aumentando ainda mais o problema de saúde pública. De fato, as evidências mostram que PCD morrem mais cedo, têm piores condições de saúde, funcionalidade e emergências de saúde do que as pessoas sem deficiência. Isso ocorre devido às desigualdades e condições injustas enfrentadas por elas (OMS, 2022b; Mulumba *et al.*, 2014).

Na África do Sul, também foi reportado grande discriminação e exclusão social na qual a PCD apresenta dificuldade de desenvolver relacionamentos íntimos, exclusão das atividades com a família, perda das amizades, isolamento, violência física e/ou violência psicológica. Muitos participantes também relataram serem abusados sexualmente em troca de “favor”, uma vez que são dependentes nos autocuidados (Neille; Penn, 2015). Plummer e Findley (2012) identificaram que pessoas com deficiência são abusadas por longos períodos, correm maior risco de abuso por vários tipos de perpetradores e vivenciam mais táticas abusivas. Sabe-se também que as mulheres, independente da idade, estão mais vulneráveis a situações de violência sexual, o mais agravante, é o fato que os autores frequentemente são familiares ou conhecidos, que coagem com ameaças e intimidações impedindo sua denúncia (Trani *et al.*, 2022).

Esse risco elevado pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo dependência de cuidadores, falta de privacidade e a percepção social de que as pessoas com deficiência são menos credíveis ou menos capazes de reportar crimes. A falta de treinamento adequado dos profissionais de saúde e da polícia também contribui para a subnotificação e a minimização dessas violações (Guerra *et al.*, 2021).

Além do abuso sexual, a violência verbal é outra forma frequente de barreira atitudinal que afeta negativamente as PCD, sendo frequentemente invisível nas estatísticas mas com impacto substancial no bem-estar emocional e psicológico das vítimas. Essas práticas discriminatórias promovem uma cultura de desvalorização e desumanização, onde as PCD são frequentemente vistas como menos competentes ou menos dignas de respeito, perpetuando ciclos de exclusão social e isolamento (Rodrigues; Bernardino; Moreira, 2022).

Outra barreira amplamente documentada na literatura é a discriminação, desde a negação de oportunidades de emprego e educação até o acesso inadequado a serviços, seja por superproteção familiar ou por negligência às suas necessidades específicas (Elias; Monteiro. Chaves, 2008). O preconceito social reforça a ideia de que as PCD são menos capazes, excluindo-os de espaços sociais, econômicos, culturais e políticos (Reis; Araújo; Glat, 2019; Souza *et al.*, 2022). A marginalização perpetua a vulnerabilidade e impede a mobilidade social, mantendo as PCDs em condições de desvantagem socioeconômica. Esta é frequentemente agravada pela interseccionalidade, quando pessoas com deficiência também pertencem a outros grupos marginalizados, como minorias étnicas, mulheres e os economicamente desfavorecidos (Elias; Monteiro; Chaves, 2008).

Por fim, um estudo relatou que 71,8% das dificuldades encontradas no acesso à escola estavam relacionadas ao despreparo do sistema de ensino para receber crianças com necessidades especiais, incluindo preconceito por parte dos próprios educadores. É importante ressaltar que para inserção da criança com deficiência no ambiente escolar, não basta apenas a matrícula efetiva, mas o conjunto de ações voltadas à sua integração. Quando os educadores não são capacitados para atender às necessidades de alunos com deficiência, acabam perpetuando práticas discriminatórias, mesmo que de forma involuntária (Elias; Monteiro; Chaves, 2008).

4.3 BARREIRAS: SERVIÇOS, SISTEMA E POLÍTICAS

Esse tópico está relacionado às barreiras associadas aos programas e benefícios existentes para PCDs; ao sistema administrativo e organizacional por autoridades governamentais municipais, estaduais ou federais; e/ou as políticas que regem e regulam esses sistemas, programas e benefícios (OMS, 2004). Sabemos que as Políticas Públicas têm um papel de suma importância para a melhora das condições de vida dessa população. O art. 23, do Capítulo II da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 determina que é competência comum das três esferas cuidar da saúde, dar assistência pública e proteção às pessoas portadoras de deficiências (Brasil, 1988).

No Brasil temos alguns marcos que envolvem essa temática, destacando-se o ano de 2012 quando foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). A RCPD tem como objetivo assegurar promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. A fim de ampliar o acesso, qualificar o atendimento e ofertar de forma sistematizada e articulada serviços com base nas necessidades das PCDs, incluindo a Atenção Básica (AB), Atenção Especializada (AE), Hospitalar e Urgência e Emergência (Brasil, 2012).

Porém, mesmo com maiores necessidades e vulnerabilidade, às políticas públicas voltadas às PCD são recentes e ainda limitadas. Martins *et al* (2023) analisaram o processo de formulação da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência da cidade de Recife, e observaram que a política municipal foi desenvolvida sem a participação das PCD, desconsiderando suas particularidades e necessidades. Também foi relatado falta de recursos financeiros para implementação da política.

Similarmente, Mulumba *et al* (2014) identificaram que os governantes locais e nacionais não tomam medidas para incorporar as PCD na participação de nenhuma etapa do planejamento, implementação e monitorização das políticas públicas. E mesmo quando são informados, a limitação na mobilidade se torna mais um obstáculo para chegar aonde acontece os eventos. Já no Rio de Janeiro o benefício legal com menor obtenção e maior grau de dificuldade foi o Benefício de Prestação Continuada (BPC), os indivíduos relataram a necessidade de várias visitas ao posto de concessão, falta de conhecimento e desinteresse por parte dos funcionários, descrédito no sistema, e problemas com a perícia e documentos (Elias; Monteiro; Chaves, 2008).

O BPC é um auxílio financeiro de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência cuja família não tenha condições de prover a subsistência ou a renda per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (Brasil, 1982; Brasil, 1995). Porém, esse é um benefício muito complexo, com regras de difícil interpretação, que envolve tanto a previdência social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) quanto o Sistema Único de Saúde (SUS) e não existe nenhum mecanismo de comunicação institucional entre eles (Vaitsman; Lobato, 2017).

Neille e Penn (2015) também reportaram barreiras para adquirir os benefícios de incapacidade. Eles associam a falta de consistência no método que qualifica os PCDs, problemas na comunicação do processo e dificuldade de adquirir documentos de identidade. Este último, por sua vez, também dificulta o acesso à educação, receber auxiliares de marcha e trabalhar. Porém muitas famílias dependem desse benefício para obter melhor acesso à saúde como medicamentos, plano de saúde (devido às dificuldades de acesso ao SUS), ou até mesmo para necessidades básicas como alimentação, água e luz por ser a única fonte de renda da família (Neille; Penn, 2015).

Os PCDs com alto grau de incapacidade necessitam de maiores cuidados que limitam o cuidador de arrumar um trabalho e auxiliar na renda da família. Mulumba *et al* (2014) demonstraram uma realidade semelhante na Uganda no qual a maioria dos PCD não tem recursos financeiros para comprar medicamentos ou dispositivos auxiliares. Por outro lado, a falta do benefício pode gerar exclusão familiar, uma vez que o PCD não contribui com a renda, mas sim aumenta custos. Por outro lado, aqueles que recebem o benefício sentem que o interesse dos familiares por eles é apenas por receberem benefício financeiro (Neille; Penn, 2015).

Trani e colaboradores (2022) analisaram o acesso aos serviços de saúde por PCD em uma comunidade no Afeganistão e observou que indivíduos com deficiência pós-guerra receberam maior suporte de fisioterapia e auxiliares de marcha. Já o fato de ser mulher aumentou o risco de não receber cuidados de saúde, e ter deficiências físicas associadas com intelectuais e ou adquiridas nos nascimentos aumentaram o risco de não ter respeito dos familiares e comunidade.

. Também foi relatado que os mais ricos, com melhor nível educacional, tiveram melhor acessibilidade aos serviços de saúde e as órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), o risco de não ter acesso aos serviços de saúde foi mais alto para indivíduos pobres (Trani *et al.*, 2022). Similarmente, medidas de acessibilidade foram melhores em regiões mais ricas do Brasil, como Sul e Sudeste, e em regiões urbanas. Isso pode ser justificado pela maior dependência aos incentivos federais, administração dos recursos políticos e capacidade técnica (Pinto *et al*, 2021).

5 CONCLUSÃO

As barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde são multifacetadas e abrangem desde obstáculos físicos e tecnológicos até barreiras atitudinais e institucionais. As situações mais comumente encontradas são: barreiras geográficas, físicas e arquitetônicas nas unidades de saúde, à falta de profissionais capacitados para atender às suas necessidades específicas, falta de informação, preconceito e até inadequação cultural no tratamento e atendimento.

Apesar de já existirem políticas públicas voltadas para a garantia de direitos à essa população, suas ações não são efetivas para a maior parte das PCD. A situação se agrava em países subdesenvolvidos e quando há interseccionalidade, com destaque para a população feminina. A falta de políticas públicas específicas para esses grupos e a exclusão das PCD no planejamento e implementação dessas políticas reforçam as desigualdades estruturais e comprometem o exercício pleno da cidadania. Mesmo diante dos avanços normativos, ainda há desafios significativos na garantia do acesso universal e equitativo à saúde, especialmente em países de baixa renda.

Dessa forma, é fundamental a revisão das políticas públicas voltadas para as PCD com recursos sendo destinados a sanar os principais pontos citados, só assim haverá mudanças concretas, que contemplem desde adaptações na infraestrutura até a sensibilização da sociedade e capacitação dos profissionais de saúde. O compromisso com a inclusão e a equidade não deve se restringir ao discurso, mas se traduzir em ações efetivas que promovam a autonomia, a dignidade e o bem-estar das pessoas com deficiência.

REFERÊNCIAS

AMARAL, F. L. J. S. *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência Saúde Coletiva*, 17, p. 1833-1840, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022>. Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995**. Regulamenta o benefício da prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d1744.htm Acesso em: 16 Set. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, 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. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm Acesso em: 16 set. 2024.

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). 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 623, art. 1º, de 03 de dezembro de 1982**. Estabelece o conceito de deficiente físico a que se refere à alínea B do art. 147 da Constituição Estadual. 1982. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/efe4df57547d8e2703256585005e76d6?OpenDocument> Acesso em: 16 Set. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidado à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-793-DE-24-DE-ABRIL-DE-2012.pdf> Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 1060, DE 5 de junho de 2002**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html Acesso em: 18 de setembro de 2024.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciência Saúde Coletiva*, n.13, p. 1041-1050, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300027>. Acesso em: 16 set. 2024.

GUERRA, M. L. *et al.* A violação da integridade da pessoa com deficiência: da violência à denúncia / The violation of the integrity of the person with disability: from violence to denunciation. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 45956-45967, 7 jun. 2021. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.29468>. Acesso em 16 set. 2024.

HAMMEL, J. *et al.* Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. *Archives of physical medicine rehabilitation*, 96, n. 4, p. 578-588, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.008>. Acesso em: 16 set. 2024.

IBGE. **PNAD Contínua Pessoas com Deficiência**. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda> Acesso em: 16 Set. 2024.

MARTINS, C. F. *et al.* Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33062, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333062>. Acesso em: 16 set. 2024.

MARTINS, K. P. *et al.* Furniture and sanitary facilities in family health units: accessibility for physical disability / Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. 4, p. 1150–1155, 4 out. 2018. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1150-1155>. Acesso em: 26 set. 2024.

MEDEIROS, A. de A. *et al.* Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: A multivariate analysis from Andersen's behavioral model. *PloS One*, v. 16, n. 4, p. e0250615, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250615>. Acesso em: 26 set. 2024.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C.. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência educ.* [online], v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132006000100009>. Acesso em: 26 set. 2024.

MULUMBA, M. *et al.* Perceptions and experiences of access to public healthcare by people with disabilities and older people in Uganda. *International journal for equity in health*, 13, p. 1-9, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0076-4>. Acesso em: 26 set. 2024.

NEILLE, J.; PENN, C. Beyond physical access: a qualitative analysis into the barriers to policy implementation and service provision experienced by persons with disabilities living in a rural context. *Rural remote health*, 15, n. 3, p. 149-162, 2015. Doi: <https://doi.org/10.22605/RRH3332>. Acesso em: 26 set. 2024

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF**. Tradução LEITÃO, A. Lisboa: 2004.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Global report on assistive technology**. World Health Organization, 2022a.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Global report on health equity for persons with disabilities**. World Health Organization, 2022b.

PAGE, M. J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista panamericana de saúde pública*, 46, p. e112, 2023. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>. Acesso em 26 set. 2024.

PINTO, A. *et al.* A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil-Are People with Disabilities Being Denied Their Right to Health? *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, v. 18, n. 6, p. 2953, 13 mar. 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062953>. Acesso em: 26 set. 2024.

PLUMMER, S.-B.; FINDLEY, P. A. Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: Review of the literature and implications for the field. *Trauma, violence, abuse*, 13, n. 1, p. 15-29, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1177/1524838011426014>. Acesso em: 26 set. 2024.

PUPO, A. C.; DE ALMEIDA, K. V.; TRENCH, M. C. B. Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa com Deficiência: revisão sistemática da literatura. *Distúrbios da Comunicação*, 33, n. 1, p. 124-140, 2021. Doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i1p124-140>. Acesso em: 26 set. 2024.

REIS, J. G.; ARAÚJO, S. M.; GLAT, R. Autopercepção de pessoas com deficiência intelectual sobre deficiência, estigma e preconceito. *Revista Educação Especial*, 32, p. 1-16, 2019. Doi: <https://doi.org/10.5902/1984686X33882>. Acesso em: 26 set. 2024.

RODRIGUES, M.; BERNARDINO, J. L. F.; MOREIRA, M. V. Barreiras atitudinais: A exclusão que limita a acessibilidade de pessoas com deficiência. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, , p. 1311–1326, 2022. <https://doi.org/10.21723/riaee.v17i2.15058>. Acesso em: 26 set. 2024.

SANTOS, J.; VASCONCELOS, T. C. Acessibilidade como fator de inclusão às pessoas com deficiência. *Rein-Revista Educação Inclusiva*, 2, n. 1, p. 35-53, 2018. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/REIN/article/view/52..> Acesso em: 26 set. 2024.

SOUZA, S. T. *et al.* Inclusão da pessoa com deficiência e o mercado de trabalho: aspectos históricos e legais. *Revista Educar Mais*, n. 6, p. 609-620, 2022. Doi: <https://doi.org/10.15536/reducarmais.6.2022.284>. Acesso em: 26 set. 2024.

TRANI, J.-F.; PITZER, K. A.; VASQUEZ ESCALLON, J.; BAKHSHI, P. Access to Services from Persons with Disabilities in Afghanistan: Is Community Based Rehabilitation Making a Difference? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 10, p. 6341, 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106341>. Acesso em: 26 set. 2024.

VAITSMAN, J.; LOBATO, L. d. V. C. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 22, n. 11, p. 3527-3536, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017>. Acesso em: 26 set. 2024.