

Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese

People with disabilities and barriers to health services: a metasyntesis approach

Las personas con discapacidad y las barreras a los servicios de salud: una metasíntesis

Recebido: 11/04/2022 | Revisado: 18/04/2022 | Aceito: 22/04/2022 | Publicado: 27/04/2022

Juliana Pedroso Bauab Geraldo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2741-6113>
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: juliana.bauab@ufms.br

Sonia Maria Oliveira de Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9897-6081>
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil
E-mail: sonia.andrade@ufms.br

Resumo

O objetivo desta revisão de literatura foi identificar e analisar as barreiras que influenciam no acesso aos serviços e aos cuidados de saúde pelas pessoas com deficiência, por meio da abordagem da metassíntese qualitativa. Buscaram-se estudos nas bases de dados BVS e MEDLINE/PubMed, sendo selecionados 31 artigos. Os desafios identificados foram descritos e categorizados em barreiras físicas, barreiras nos transportes, barreiras econômico-sociais, barreiras tecnológicas, barreiras nas comunicações e na informação, barreiras organizacionais e políticas, barreiras assistenciais, barreiras atitudinais e barreiras culturais e simbólicas. Os resultados apontaram desafios na mobilidade e no despreparo dos serviços e dos profissionais para receber pessoas com deficiência e dar assistência a elas. Nas barreiras, identificaram-se a ausência de tecnologias para avaliação e diagnóstico acessíveis e a falta de recursos humanos e de tecnologia assistiva para suprir as demandas e prover os atendimentos de maneira qualificada. Os comportamentos, atitudes e valores culturais e simbólicos influenciaram, principalmente, na relação das pessoas com deficiência com os serviços de saúde e seus profissionais e com a escolha de buscar pelo cuidado. Os resultados desta revisão podem subsidiar gestores e profissionais de assistência sobre a importância de adotar práticas inclusivas e incitar novas pesquisas que objetivem a busca por novas perspectivas e soluções propositivas.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Acesso aos serviços de saúde; Acesso aos cuidados de saúde; Ensino.

Abstract

The objective of this paper as a literature review is to identify and analyze the barriers that influence access to health services and care by people with disabilities, using the qualitative metasyntesis approach. To do so, it aimed a sweep in the BVS and MEDLINE/PubMed databases, finding 31 articles. After the textual scanning, it described and categorized the challenges identified as physical barriers, transportation barriers, economic and social barriers, technological barriers, communication and information barriers, organizational and political barriers, care barriers, attitudinal barriers, and cultural and symbolic barriers. The results pointed out challenges in mobility and the lack of services and professionals to welcome and support people with disabilities. As for the barriers, it highlights the absence of technologies for assessment and accessible diagnosis and the shortage of human resources and assistive technology to meet the demands and provide qualified care. The behaviors, attitudes and cultural and symbolic values influenced the relationship between people with disabilities to health services and professionals and their choice to seek care. The results of this review can help managers and care professionals on the importance of adopting inclusive practices and encourage researches that aim for new perspectives and propositional solutions.

Keywords: People with disabilities; Access to health services; Access to health care; Teaching.

Resumen

El objetivo de esta revisión de literatura fue identificar y analizar las barreras que influye en el acceso a los servicios y a los cuidados de salud por personas con discapacidad, por medio del abordaje de la metasíntesis cualitativa. Se buscaron estudios en las bases de datos BVS y MEDLINE/PubMed, siendo seleccionados 31 artículos. Los desafíos identificados se han descrito y clasificados en barreras físicas, barreras de transportes, barreras socioeconómicas, barreras tecnológicas, barreras en la comunicación y la información, barreras institucionales y políticas, barreras asistenciales, barreras actitudinales, barreras culturales y simbólicas. Los resultados apuntan a los retos de la movilidad y la falta de preparación de los servicios y de los profesionales para recibir y atender las personas con discapacidad. En los obstáculos se fue identificado la ausencia de tecnologías para evaluación y diagnóstico asequibles, la falta de recursos humanos, tecnología de asistencia para satisfacer las demandas y prestar asistencia de forma cualificada. Los comportamientos, actitudes, valores culturales y simbólicos han influido principalmente en la relación de las personas con discapacidad,

con los servicios de salud y sus profesionales y con la elección de buscar atención. Los resultados de esta revisión pueden servir de apoyo a los gestores y a los profesionales de la sanidad sobre la importancia de adoptar prácticas inclusivas y fomentar nuevas investigaciones destinadas a buscar nuevas perspectivas y soluciones positivas.

Palabras clave: Personas con discapacidad; Acceso a los servicios de salud; Acceso a la asistencia sanitaria; Enseñanza.

1. Introdução

O último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 indicou que 45,6 milhões de brasileiros declararam possuir algum tipo de deficiência (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Em vista disso, surgem inquietações referentes a esta parcela da sociedade, considerando o cuidado em saúde. Nesse sentido, as pessoas com deficiência podem apresentar níveis piores de saúde se comparadas com os da população em geral, ao mesmo tempo em que há acesso desigual aos serviços de saúde (Banks & Polack, 2014; Trani & Loeb, 2012; World Health Organization, 2011). A falta ou a diminuição de mobilidade leva à exclusão social, inatividade e sedentarismo, além de aumentar o risco do surgimento de depressão e de doenças crônicas precoces, como a osteoporose, a hipertensão e a diabetes (WHO, 2011).

Ao longo do tempo, o Brasil vem desenvolvendo medidas de proteção social às pessoas com deficiência. A incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) na Constituição Federativa do Brasil estabeleceu o compromisso em assegurar e promover os direitos humanos e as liberdades fundamentais a todas as pessoas com deficiência (Decreto nº 186, 2008; Decreto nº 6.949, 2009).

Outro marco importante ocorreu no ano de 2011 quando se instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto nº 7.612. Nesse momento, o governo federal destacou suas iniciativas para o desenvolvimento de ações, investimentos e políticas públicas voltadas para as áreas da educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde preocupadas com as pessoas com deficiência (Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência, 2011). Algumas das ações previstas foram implementadas, como a Rede de Cuidados a Pessoas com deficiência em 2012, para atuar na garantia da integralidade do cuidado e de seu acesso regulado pelo Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria nº 793, 2012).

Por fim, houve um grande avanço brasileiro no âmbito da garantia de direitos, por meio da instituição da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (LBI) em 2015, para assegurar condições de igualdade, inclusão social e cidadania participativa e efetiva (Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com deficiência, 2015). De maneira geral, a partir do estatuto, o regime das capacidades e o plano do direito protetivo das pessoas com deficiência obtiveram mudanças mais profundas ao implementar de maneira efetiva os preceitos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência (Bezerra & Menezes, 2015). Ainda, a inserção das concepções biológicas e psicológicas, incorporadas ao meio social, promoveram o desenvolvimento de um modelo social que compreende a deficiência como uma expressão da diversidade humana, colaborando para o percurso de aceitação da participação ativa da pessoa com deficiência na sociedade (Prado & Santos, 2021).

Apesar dos progressos representados pelas iniciativas da ONU, que repercutiram de alguma maneira no contexto mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou, no Relatório de Deficiência e Desenvolvimento em 2018, que as pessoas com deficiência estão em desvantagem na maioria dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), como a previsão de atingir uma cobertura universal de saúde que garanta o acesso a serviços de saúde essenciais. Consta no relatório que as pessoas com deficiência possuem três vezes menos oportunidades de ter acesso a atendimentos de saúde quando necessitam e que menos de 30% das mulheres com deficiência são acompanhadas por especialistas durante o parto, assim como 22% não possuem acompanhamento para fazer um planejamento familiar (World Health Organization, 2018).

Donabedian (2003) define acessibilidade como a capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, distinguindo dimensões sócio-organizacionais e geográficas e características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam o seu uso. Também, destaca a acessibilidade geográfica como a que vai além do processo de entrada no serviço, problematizando a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos necessários aos

cuidados de saúde do indivíduo.

Pesquisas focalizadas nas experiências das pessoas com deficiência ressaltam barreiras no acesso a serviços e cuidados de saúde e destacam algumas desvantagens como: obstáculos no acesso ao cuidado perinatal por mulheres com deficiência (Tarasoff, 2015), barreiras de comunicação para pessoas surdas (Scheier, 2009) e o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as deficiências (Edwards et al., 2019).

A esse respeito, a OMS aponta como barreiras as atitudes negativas, o estigma, a discriminação e a falta de acessibilidade em ambientes físicos e virtuais (WHO, 2018). Na LBI (LBI, 2015), indicam-se as barreiras arquitetônicas, urbanísticas, atitudinais, tecnológicas e nos transportes, nas comunicações e na informação.

Diante desse cenário, o aprofundamento na compreensão dos desafios que ainda precisam ser transpostos pelas pessoas com deficiência, em específico na saúde, é imprescindível para diminuir as disparidades e criar modelos e estratégias capazes de ampliar e fortalecer o acesso aos cuidados. Portanto, este estudo propõe uma metassíntese com objetivo de identificar as barreiras que influenciam o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde pelas pessoas com deficiência.

2. Metodologia

A modalidade de estudo bibliográfico adotado neste trabalho é a revisão sistemática por meio da abordagem da metassíntese qualitativa, que busca algum aspecto específico de uma área de investigação, com o objetivo de identificar os achados, as tendências de investigação e quais aprofundamentos são necessários (Alencar & Almouloud, 2017). O emprego de passos sistemáticos na pesquisa é essencial. Também, para a reinterpretção de um tema, o pesquisador deve agrupar e reagrupar por semelhança os resultados encontrados (Antunes et al., 2017; Fiorentini, 2013).

Sandelowski et al. (1997) destacam que o objetivo da metassíntese qualitativa é ampliar as possibilidades interpretativas dos achados e construir narrativas maiores ou teorias gerais. Para que seja feita uma análise profunda, sem comprometimento da validade interpretativa dos achados, os autores defendem que não se deve trabalhar com uma amostra excessivamente grande.

Há pelo menos três tipos de sínteses de resultados de estudos qualitativos descritos na literatura. O primeiro prevê a integração de descobertas dos mesmos investigadores em diferentes caminhos analíticos adotados; o segundo envolve o uso de métodos quantitativos para agregar resultados qualitativos de casos em diferentes estudos, de maneira que os dados permitam uma análise estatística. O terceiro tipo, adotado pela presente pesquisa, é caracterizado pela síntese dos achados de estudos conduzidos por diferentes pesquisadores, para gerar combinações narrativas na mesma área tópica, utilizando-se de conceitos-chave e da análise comparativa qualitativa (Sandelowski et al., 1997).

2.1 Processo de busca e critérios de inclusão

A busca foi realizada no período de maio a julho de 2021, nas duas principais bases de dados, a MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) e a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), por apresentarem distintas coleções de bases de dados de acesso livre e com maior número de referências bibliográficas.

Para a definição dos estudos, foi realizada uma busca estruturada e sistematizada, em que os seus termos foram elaborados de acordo com o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e o MeSH (Medical Subject Headings). As seguintes chaves de pesquisa foram utilizadas: (pessoas com deficiência) AND (acesso aos serviços de saúde) AND (acesso aos cuidados de saúde) na BVS e ((persons with disability) OR (disabled persons)) AND (access to health services) AND (access to health care) na MEDLINE/PubMed.

Os artigos foram selecionados de acordo com critérios pré-estabelecidos (Quadro 1).

Quadro 1: Critérios para a seleção de artigos.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos qualitativos ▪ Em inglês, português e espanhol ▪ Publicados entre janeiro de 2000 e abril de 2021 ▪ Homens e mulheres acima de 18 anos ▪ Profissionais de assistência ▪ Deficiência física, sensorial e intelectual ▪ Familiares cuidadores ▪ Texto completo pertinente aos objetivos do estudo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumos, revisões, editoriais e literatura cinzenta ▪ Artigos não elegíveis na avaliação de qualidade

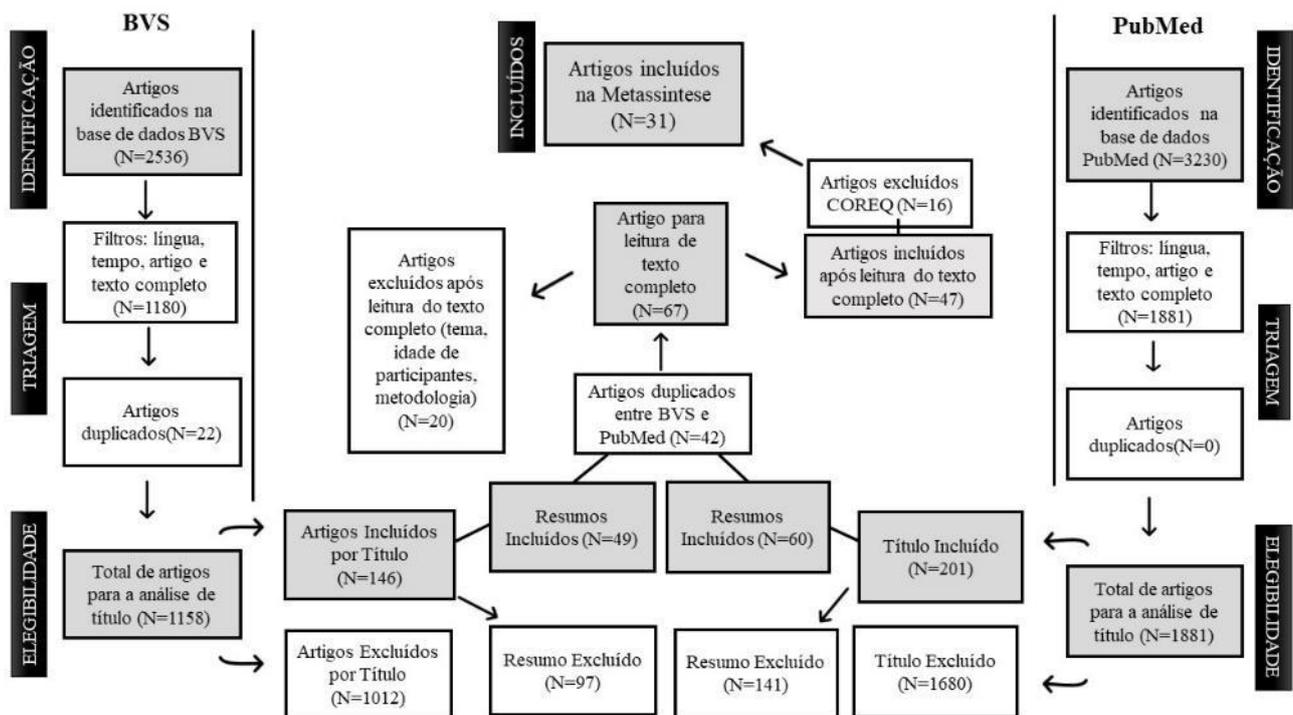
Fonte: Autores (2022).

2.2 Seleção dos artigos

O detalhamento da seleção dos artigos consta no Fluxograma (Figura 1). Foi realizada respectivamente a análise por título, resumo e texto completo. As informações essenciais foram extraídas utilizando um Protocolo de Extração dos Dados elaborado pelas autoras.

Para garantir a qualidade dos artigos selecionados, verificaram-se os 32 critérios propostos no COREQ (Souza et al., 2021). Incluíram-se, na metassíntese, os artigos que atenderam a 60% dos critérios ou mais, ou seja, que apresentaram, no mínimo, 19 itens em seu relatório de pesquisa, distribuídos em todos os domínios (equipe de pesquisa e flexibilidade, desenho de estudo e análise e descobertas).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Autores (2022).

3. Resultados

De acordo com os critérios apresentados para a revisão, incluíram-se no estudo 31 artigos. Observando as definições implementadas pela LBI (Brasil, 2015) e a leitura dos artigos, os achados para esta revisão de literatura foram categorizados em nove barreiras, descritas abaixo. O Quadro 2 destaca os principais desafios expostos em cada categoria de barreiras e o número de estudos relacionados.

Quadro 2: Principais desafios e número de estudos relacionados.

Categorias	Nº de pesquisas	Descrição
Barreiras Físicas	22	Falta de vagas de estacionamento prioritário Vias urbanas de acesso inadequadas Balcões de atendimento altos e inacessíveis para cadeirantes Rampas de acesso ausentes ou inadequadas Bloqueios nas vias de circulação por mobiliários e equipamentos Grandes distâncias a serem percorridas dentro do serviço Banheiros inacessíveis Instalações, salas de atendimento e exames sem acesso e espaço adequado Dificuldades no manuseio de portas Incongruência entre a acessibilidade percebida e a real
Barreiras Assistenciais	22	Condutas inadequadas e de baixa qualidade Inexperiência Conhecimento limitado Falta de orientação adequada Ser ignorado Insuficiência na formação profissional Despreparo Ausência de um plano terapêutico compartilhado Relutância em fornecer cuidado Falta de habilidades e treinamentos entre os profissionais Falta de diretrizes para os profissionais Falta de qualificação
Barreiras Tecnológicas	18	Falta de equipamentos e recursos acessíveis para avaliação e diagnóstico Mesas de exame com altura fixa Balanças de peso não acomodam cadeira de rodas Mamógrafo sem apoio e segurança Desajuste dos equipamentos ao corpo
Barreiras Organizacionais e Políticas	16	Inacessibilidade geográfica Falta de profissionais Tempo de espera Lentidão no fluxo de atendimento Despreparo dos serviços em atender a pessoas com deficiência Ausência de estratégia e organização Sistema de saúde multifacetado Fragmentação na coordenação das ações Acesso insuficiente de intérpretes de línguas de sinais Baixa prioridade no atendimento Tempo insuficiente para o atendimento Falta de recursos
Barreiras nos Transportes	15	Rede rodoviária deficiente Alto custo do transporte público Ausência de transportes com dispositivos de auxílio à mobilidade Inflexibilidade no agendamento de transportes Falta de pontualidade Intolerância às demandas dos passageiros Necessidade de acompanhante ou funcionário de apoio Sobrecarga dos acompanhantes Desrespeito à realidade vivida

Barreiras Atitudinais	14	Desvalorização do conhecimento das pessoas com deficiência Tratativa infantilizada e paternalista Atitudes negativas Atitudes discriminatórias Comportamento rude Insensibilidade Indelicadeza/grosseria
Barreiras na Comunicação e Informação	13	Falta de recursos de comunicação alternativa Tempo insuficiente para o atendimento Desconhecimento e inexperiência sobre línguas de sinais Falta de intérpretes de línguas de sinais Postura corporal do profissional não colaborativa para leitura labial Falhas na sinalização das instalações dos serviços
Barreiras Culturais e Simbólicas	10	Desmotivação para procurar cuidado Referências a cuidados não tradicionais Vergonha Falta de aceitação social Medo Ansiedade com procedimentos Insegurança e dúvidas quanto a procedimentos Julgamento Dor Desconforto físico Falta de autonomia
Barreiras Econômico-Sociais	8	Insuficiência financeira Alto custo dos atendimentos Alto custo dos medicamentos Alto custo de intérpretes de línguas de sinais Profissionais precisam auxiliar financeiramente os pacientes Remuneração profissional deficitária

Fonte: Autores (2022).

A - Barreiras físicas

As barreiras urbanísticas e arquitetônicas observadas nesta categoria incluem todo obstáculo físico que impede o acesso às instalações das unidades de saúde e o usufruto do espaço físico.

Sobre o trajeto da residência até as unidades de saúde, as pessoas com deficiência deparam-se constantemente com lama, cascalhos e terrenos irregulares (Vergunst et al., 2015). Surgem dificuldades com a falta de vagas de estacionamento prioritárias próximas à entrada do serviço, gerando a necessidade de auxílio de outras pessoas (Barr et al., 2008; Iezzoni et al., 2010; Mele et al., 2005; Sakellariou & Rotarou, 2019). Ao conseguir acessar o serviço, é possível encontrar impedimentos como balcões de atendimento altos e inacessíveis para cadeirantes (Mele et al., 2005; Saleeby & Hunter-Jones, 2016).

Transitar pelos edifícios, corredores, consultórios e salas de exames é uma barreira importante a ser transposta pelas pessoas com deficiência (Abodey et al., 2020; Angus et al., 2012; Barr et al., 2008; de Vries McClintock et al., 2016; Ganle et al., 2016; Kilic et al., 2019; Mitra et al., 2016; Read et al., 2018; Sakellariou & Rotarou, 2019; Tarasoff, 2017; Saleeby & Hunter-Jones, 2016). Há espaços insuficientes para cadeira de rodas em salas, corredores e sanitários, vias de acesso bloqueadas por equipamentos ou mobiliários, longas distâncias entre consultórios e salas de exames, ausência ou inadequação de rampas (Angus et al., 2012; Barr et al., 2008; Iezzoni et al., 2010; Kilic et al., 2019; Kroll et al., 2006; Mele et al., 2005; Saleeby & Hunter-Jones, 2016).

Cabines de banheiro pequenas impedem uma transferência segura (Mele et al., 2005). Além disso, banheiros situados em locais longe das salas de tratamento é um dificultador (Iezzoni et al., 2010). Portas e o seu manuseio foram indicados como barreira para a livre circulação e o acesso aos serviços (Abodey et al., 2020; de Vries McClintock et al., 2016; Iezzoni et al., 2010; Iezzoni et al., 2006; Kroll et al., 2006; Mele et al., 2005; Read et al., 2018; Sakellariou & Rotarou, 2019). Os relatos fazem menção às portas pesadas, giratórias, não automáticas, estreitas, que abrem para dentro e que, em algumas ocasiões, estão

trancadas ou com os botões de acesso em nível inalcançável, sem que haja uma pessoa para auxiliar.

Em serviços perinatais, espaços são inacessíveis; os trocadores e berços, inadequados pela falta de espaço, altura e profundidade (Mitra et al., 2016; Schildberger et al., 2017).

Médicos da família expressaram que existe uma incongruência entre a acessibilidade por eles percebida e a real, por não terem a compreensão completa sobre a acessibilidade e sobre as dificuldades das pessoas com deficiência (McMillan et al., 2016). Nesse contexto, os prestadores admitem que a inacessibilidade das instalações e acomodações são barreiras que limitam a prestação de cuidados (Banks et al., 2017; Dassah et al., 2019; McMillan et al., 2016; Mitra et al., 2017; Sonalkar et al., 2020). Conduas de encaminhamento para a continuidade do tratamento também são prejudicadas pela falta de acessibilidade nos locais de atuação de outros especialistas (McMillan et al., 2016).

B – Barreiras nos transportes

A mobilidade para os serviços de assistência foi registrada tanto por profissionais como pelas pessoas com deficiência. Foram mencionadas como barreiras: a rede rodoviária deficiente, as dificuldades de acesso e o alto custo do transporte público (Barr et al., 2008; Ganle et al., 2016; Harrison et al., 2020; Vergunst et al., 2015).

São barreiras consideráveis: a existência de transportes não estruturados às necessidades das pessoas com deficiência (Angus et al., 2012; McMillan et al., 2016; Mele et al., 2005; Saleeby & Hunter-Jones, 2016); a ausência de transportes com dispositivos de auxílio à mobilidade (Jones et al., 2008; McMillan et al., 2016; Read et al., 2018); e até mesmo a necessidade de um acompanhante ou funcionário de apoio, com sobrecarga para cuidadores, por serem responsáveis por carregar equipamentos e auxiliar nas transferências dos pacientes (Read et al., 2018; Harrison et al., 2020; Kilic et al., 2019; Mcmillan et al., 2016; Davidsson & Södergård, 2016).

O gerenciamento e o agendamento dos transportes, quando necessários, são inviáveis, inflexíveis e não respeitam às demandas e à realidade vivida por seus usuários (Angus et al., 2012; Dassah et al., 2019; Davidsson & Södergård, 2016; de Vries McClintock et al., 2016; Gibson & Mykitiuk, 2012; Mele et al., 2005; Vergunst et al., 2015). Destacam-se, também, a falta de pontualidade, a rigidez para marcação de horário e reagendamentos, os atrasos na chegada para as consultas e a intolerância para aguardar em caso de atraso nos atendimentos. Ademais, transportes de emergência precisam ser agendados com antecedência, sendo incompatível com a urgência imprevisível (Vergunst et al., 2015).

C – Barreiras econômico-sociais

As barreiras econômico-sociais tratam das dificuldades financeiras para pagamento de consultas, procedimentos, exames e obtenção de medicamentos. McClintock et al. (2016) mencionam relatos de experiência em que as pessoas tinham que escolher entre prover as necessidades de vida diária ou pagar por cuidados de saúde.

Pagar por intérpretes para auxiliar na comunicação durante atendimentos e exames não era possível (Barr et al., 2008). É comum buscar apoio financeiro em diversas fontes como família, entidades, amigos, autoridades escolares e assistentes sociais (Abodey et al., 2020).

Sobre as barreiras na prestação de cuidados a pacientes surdos, há a dificuldade financeira em fornecer um intérprete, além da pressão pelas horas faturáveis em atendimentos que demandam maior tempo (Pendergrass et al., 2017; Mcmillan et al., 2016). Em algumas situações, profissionais acabam fornecendo assistência financeira por meio de serviços a crédito ou doação de dinheiro para ajudar a cobrir custos diretos e indiretos do atendimento (Dassah et al., 2019).

D – Barreiras tecnológicas

A maioria dos estudos delineou barreiras que dificultavam ou impediam as pessoas com deficiência de fazerem uso de

tecnologias como aparelhos diagnósticos, equipamentos e mobiliários para consultas e exames.

Em cuidados perinatais, ginecológicos e preventivos, era preciso lidar com recursos inadequados e inacessíveis (Angus et al., 2012; Barr et al., 2008; Ganle et al., 2016; Gibson & Mykitiuk, 2012; Iezzoni et al., 2010, 2006; Kilic et al., 2019; Kroll et al., 2006; Mele et al., 2005; Mitra et al., 2016; Sonalkar et al., 2020; Tarasoff, 2017; Vergunst et al., 2015; Saleeby & Hunter-Jones, 2016). As barreiras descritas englobavam mesas de exame sem altura ajustável e camas inacessíveis (Ganle et al., 2016; Iezzoni et al., 2006).

Diante das dificuldades, algumas pessoas foram atendidas e examinadas parcialmente na cadeira de rodas (Iezzoni et al., 2010, 2006; Mele et al., 2005). Em atendimento de rotina, foi apontada a inexistência de balanças de peso acessíveis (Iezzoni et al., 2010; Kroll et al., 2006; Mele et al., 2005; Mitra et al., 2016). Algumas mulheres nunca chegaram a ser pesadas durante a gravidez ou tinham o seu peso estimado pelo olhar do profissional, resultando em condutas imprecisas de cuidado, tais como cálculo da dosagem de quimioterapia e referenciamento adequado para anestesia (Mitra et al., 2016).

Os equipamentos de mamografia foram descritos como inacessíveis (Angus et al., 2012; Barr et al., 2008; Iezzoni et al., 2010, 2006; Kilic et al., 2019; Kroll et al., 2006; Saleeby & Hunter-Jones, 2016). As dificuldades no posicionamento para a realização da mamografia deveram-se à ausência de apoio suficiente e de segurança. As mesas para exame de altura fixa padrão oferecem bancos de degraus ou degraus embutidos, o que implica ajuda de outras pessoas (Iezzoni et al., 2010). Outra característica levantada foi o desajuste do equipamento ao corpo, tendo a paciente que se ajustar à máquina desconfortavelmente (Angus et al., 2012).

E – Barreiras na comunicação e informação

Barreiras na comunicação podem ser definidas como qualquer entrave que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações, podendo ser face a face, escrita, virtual, entre outros meios.

A falta de recursos de comunicação alternativa e de materiais educativos em formato acessível prejudica o recebimento de informações sobre diagnósticos, exames, procedimentos e cuidados (Angus et al., 2012; Banks et al., 2017; de França et al., 2016; Llewellyn et al., 2011; Mele et al., 2005; Sheppard, 2014; Saleeby & Hunter-Jones, 2016).

Mulheres cegas ou com perda auditiva contaram que foram chamadas na sala de exames de uma maneira em que sua deficiência era desconsiderada (Mele et al., 2005).

O tempo insuficiente para o atendimento foi destacado como uma barreira importante, uma vez que pessoas com dificuldade na comunicação exigem paciência e tempo para se expressarem (Barr et al., 2008; Llewellyn et al., 2011).

O desconhecimento e a inexperiência dos profissionais de assistência sobre línguas de sinais e a ausência de intérpretes durante o atendimento de pessoas surdas dificultam a expressão de suas demandas e o recebimento de orientações e cuidados (Abodey et al., 2020; Ganle et al., 2016; Schildberger et al., 2017; Saleeby & Hunter-Jones, 2016). Há, também, dificuldade na linguagem corporal e falta de contato visual, que impede a compreensão da leitura labial, principalmente de termos médicos, levando a mal-entendidos e desconfortos (Pendergrass et al., 2017).

Pela falta de recursos para auxiliar a comunicação, frequentemente os profissionais solicitam que o paciente retorne com um acompanhante, rompendo com a autonomia e gerando incertezas sobre a veracidade e a qualidade da informação que está sendo passada (de França et al., 2016).

Falhas na sinalização das instalações dos serviços, com letras em relevo e contraste de cores por exemplo, prejudicam as informações sobre a localização de entradas, saídas, consultórios, salas de exames, banheiros, bebedouros, entre outros espaços (Read et al., 2018; Saleeby & Hunter-Jones, 2016).

F – Barreiras organizacionais e políticas

São consideradas barreiras organizacionais e políticas os impedimentos estruturais de localização geográfica do serviço, a recepção, o fluxo de atendimento, os recursos e as estratégias de cuidado.

Trabalhos evidenciaram a inacessibilidade geográfica relacionada às longas distâncias percorridas entre a residência do usuário e os serviços de saúde, considerando o tempo de deslocamento. Como consequência, pessoas com deficiência que vivem em determinados territórios não acessam os serviços, e a distância é determinante para a escolha de não comparecer ao atendimento (Vergunst et al., 2015; Gibson & Mykitiuk, 2012; Harrison et al., 2020).

Os recursos para o cuidado foram considerados insuficientes em vários estudos (Angus et al., 2012; Harrison et al., 2020; Schildberger et al., 2017; Sheppard, 2014; Vergunst et al., 2015). Há falta de profissionais (Angus et al., 2012; Harrison et al., 2020; Sakellariou et al., 2019; Schildberger et al., 2017; Vergunst et al., 2015), com consequente aumento no tempo de espera e impacto no fluxo de atendimento (Gibson & Mykitiuk, 2012; Harrison et al., 2020; Vergunst et al., 2015; Mcmillan et al., 2016).

Destacaram-se, também, o despreparo e a desorganização dos serviços de saúde em receber, lidar e cuidar de pessoas com deficiência (Iezzoni et al., 2010, 2006; Sakellariou et al., 2019). No processo de internação hospitalar, não há procedimentos para identificar se a pessoa possui alguma deficiência e se precisa de ajustes (Read et al., 2018).

Os sistemas de serviços de saúde são definidos como labirínticas, com diferenças regionais e complexas (Gibson & Mykitiuk, 2012). Há experiências frustrantes de cuidados de saúde pelo fato de o sistema de saúde ser multifacetado e fragmentado na coordenação das ações (de Vries McClintock et al., 2016).

Marcar e comparecer a consultas é complexo, devido à baixa prioridade no atendimento (Angus et al., 2012). O acesso inexistente ou complexo de intérpretes de línguas de sinais para os atendimentos é considerado uma barreira, por ser condicionante a normas dos serviços que exigem agendamento prévio, deixando as pessoas que precisam de serviços de emergência vulneráveis (Kilic et al., 2019; Schildberger et al., 2017).

Recursos específicos para surdos são escassos e poucos profissionais da atenção primária e da saúde mental aceitam um paciente surdo (Banks et al., 2017; Dassah et al., 2019; Mcmillan et al., 2016; Sheppard, 2014).

Segundo provedores, o pouco tempo compromete o atendimento, por ser inadequado aos planos de tratamento e de educação em saúde (Jones et al., 2008; Mitra et al., 2017; Sonalkar et al., 2020).

G – Barreiras assistenciais

As barreiras assistenciais analisam as falhas e os obstáculos na integralidade da atenção. São abordadas questões relacionadas ao acolhimento e à vinculação, ao conhecimento, à competência, ao compromisso profissional e à qualidade da atenção e da construção do projeto terapêutico compartilhado.

Estão amplamente descritos na literatura o desconhecimento, a falta de qualificação e a inadequação na prestação de cuidados às pessoas com deficiência dos profissionais de assistência e funcionários (Davidsson & Södergård, 2016; de Vries McClintock et al., 2016; Ganle et al., 2016; Iezzoni et al., 2010, 2006; Kilic et al., 2019; Kroll et al., 2006; Llewellyn et al., 2011; Mitra et al., 2016; Read et al., 2018; Sakellariou et al., 2019; Schildberger et al., 2017; Tarasoff, 2017; Saleeby & Hunter-Jones, 2016).

A falta de treinamento dos profissionais e de funcionários, ao conduzir exames e procedimentos, também foi narrado pelas pessoas com deficiência (Ganle et al., 2016; Iezzoni et al., 2010, 2006; Kroll et al., 2006; Llewellyn et al., 2011; Sakellariou et al., 2019). Especificamente o despreparo em fazer a transferência e o posicionamento em equipamentos e mesas de exame é recorrente (Iezzoni et al., 2010, 2006; Kroll et al., 2006).

A continuidade do cuidado e a construção do plano terapêutico compartilhado são prejudicadas pela comunicação

deficitária com os profissionais de assistência que compõem a mesma rede de cuidado. A postura de ter pouca escuta durante os atendimentos fez com que as pessoas com deficiência se responsabilizassem pela interação com estes profissionais (de Vries McClintock et al., 2016). Logo, quando este contato era falho, surgia a desinformação sobre o diagnóstico e o tratamento realizado, ou até mesmo o abandono desse contato (Sheppard, 2014).

Lacunas de conhecimento, insuficiência na formação profissional, falta de qualificação e de treinamento e inexperiência foram questões levantadas pelos profissionais (Banks et al., 2017; de França et al., 2016; Jones et al., 2008; McMillan et al., 2016; Mitra et al., 2016; Pendergrass et al., 2017). Diante da pouca experiência com pessoas com deficiência, a maior parte do conhecimento é adquirida na prática (McMillan et al., 2016).

Ginecologistas e enfermeiras obstétricas destacam falta de treinamento e de diretrizes disponíveis e de informações clínicas específicas para gravidez (Mitra et al., 2017).

No atendimento do paciente com surdez severa, os profissionais referem pouca oferta de formação e treinamento sobre recursos alternativos de comunicação pelos serviços (de França et al., 2016). Por não saber se comunicar com os pacientes, eles são sobrecarregados com informações e orientações sem dar o tempo necessário para a plena compreensão (Jones et al., 2008).

Apontou-se a necessidade de recursos de apoio, de informações e de melhor remuneração como fator limitante na prestação de cuidado. Sugeriu-se o treinamento da equipe para técnicas de transferência, educação continuada sobre gestão de questões de mobilidade e a criação de modelos de cuidados compartilhados (McMillan et al., 2016).

H – Barreiras atitudinais

Comportamentos e posturas de preconceito e desrespeito são barreiras atitudinais que impedem as pessoas com deficiência de acessar ambientes e até mesmo de receber cuidados de saúde de qualidade.

Pessoas com deficiência apontam o desinteresse dos provedores em consultar ou reconhecer o conhecimento do paciente sobre o seu corpo e a sua deficiência, gerando sentimentos de invisibilidade e incompetência (de Vries McClintock et al., 2016; Tarasoff, 2017).

Conversar apenas com os acompanhantes é um hábito que contribui para o sentimento de invisibilidade (Angus et al., 2012). Mulheres com deficiência durante o rastreamento mamográfico foram tratadas de maneira infantilizada, desrespeitosa e insensível, tornando o cuidador o único foco de comunicação (Llewellyn et al., 2011).

Descreveu-se sobre o comportamento relutante, áspero, insensível, descortês, desrespeitoso e atitudes negativas dos profissionais nos atendimentos e apoios ofertados às pessoas com deficiência (Barr et al., 2008; Kroll et al., 2006; Mele & Archer; Pusch, 2005; Mitra et al., 2016; Saleeby & Hunter-Jones, 2016; Zheng et al., 2012; Llewellyn et al., 2011). Também, narraram-se acontecimentos como: não solicitar ou ouvir as instruções das pessoas com deficiência sobre a melhor forma de ajudar; descartar as queixas; e desconsiderar os sintomas (Mele et al., 2005).

Comentários em serviços de cuidados perinatais e maternidade a respeito da aptidão e da capacidade de cuidar dos filhos ocorreram com algumas mulheres (Ganle et al., 2016; Gibson & Mykitiuk, 2012; Schildberger et al., 2017; Tarasoff, 2017). Outras posturas foram descritas: a demonstração de desconforto para apoiar as mulheres durante a consulta (Tarasoff, 2017) e ações de desencorajamento para ter filhos (Gibson & Mykitiuk, 2012; Schildberger et al., 2017).

I – Barreiras culturais e simbólicas

As barreiras culturais e simbólicas adentram na subjetividade sobre o processo saúde-doença, com seus valores, culturas e crenças.

Achar não ser necessário o cuidado, não se sentir motivado a procurá-lo e ter referências ocasionais de outros tipos de cuidado diferentes dos tradicionais são barreiras importantes (Harrison et al., 2020).

Apesar de compreender a importância de realizar exames, muitas pessoas com deficiência deixam de fazê-los devido ao constrangimento, à ansiedade, à presença de espasmos e dor, à imobilidade e à fraqueza, além de sentirem vergonha em pedir ajuda (Barr et al., 2008; Kilic et al., 2019; Llewellyn et al., 2011, Swaine et al., 2013; Mele et al., 2005).

Crenças e percepções negativas sobre a deficiência e a reprodução impactaram negativamente no apoio pré-natal (Ganle et al., 2016). A visão de profissionais de assistência de que mulheres com deficiência são assexuadas (Angus et al., 2012; Mitra et al., 2016) e incapazes de terem filhos e serem mães (Mitra et al., 2016) inibe a procura por cuidados de saúde. A falta de aceitação social geral sobre as decisões de vida em relação à gravidez, ao parto e à maternidade geram medos e dúvidas (Schildberger et al., 2017).

4. Discussão

Apesar de os estudos pertencerem a diferentes países e sistemas de saúde, os problemas vivenciados são semelhantes e ressaltam as particularidades referentes ao contexto e ao tipo de deficiência e suas restrições de desempenho. No cotidiano, muitas vezes ocorre a interação entre uma ou mais barreiras, tornando mais complexa a participação desse segmento nas atividades que compõem o cuidado.

Os estudos que constituem esta revisão revelam que as barreiras físicas, tecnológicas e assistenciais são as mais abordadas, enquanto que as barreiras econômico-sociais, culturais, simbólicas, na comunicação e informação, são relativamente menos discutidas.

As barreiras atitudinais, culturais e simbólicas são construídas socialmente e relacionam-se com a forma como se compreende a deficiência na sociedade. Logo, elas são mais difíceis de transpor e até mesmo de identificar, se comparadas às barreiras relacionadas aos espaços. Apesar de pouca discussão, os estudos deram visibilidade para os aspectos que influenciam na relação construída e estabelecida com os serviços de saúde e seus profissionais e com a escolha de buscar pelo cuidado.

As barreiras econômico-sociais, apesar de terem sido pouco citadas, apontam para a insuficiência financeira para custear os cuidados de saúde, uma vez que as pessoas com deficiência estão mais expostas a piores condições socioeconômicas, diante de maiores níveis de pobreza em decorrência das poucas oportunidades de emprego e menor nível educacional (OMS, 2011; Banks & Polack, 2014). A inclusão desse segmento no mercado de trabalho é essencial não somente para a aquisição de renda, como também para desenvolver relações sociais e novas habilidades. Contudo, mesmo com garantias de acesso por meio da legislação, a falta de um posto de trabalho e de um ambiente adequado, juntamente com a ausência de tecnologias assistivas, comprometem a sua inserção e o sustento financeiro dessas pessoas (Vasconcelo & Wellichan, 2022).

Para a participação em qualquer atividade, é imprescindível que o sistema de transporte seja eficaz. O cuidado em saúde, ao abordar a mobilidade em suas ações, explora o acesso e as restrições aos diferentes espaços geográficos que compõem a vida do indivíduo (Gonçalves & Malfitano, 2021). Atualmente, o conceito de mobilidade urbana decorre da condição que permite o deslocamento das pessoas na cidade (Vasconcellos et al., 2011), e as barreiras nos transportes, representadas pela ausência de um sistema de transporte abrangente e acessível, reforçam a manutenção histórica de segregação, exclusão e dependência e reprimem o acesso aos cuidados de saúde.

As dificuldades que as pessoas com deficiência enfrentam para exercer suas atividades manifestam-se desde o momento de sair de casa e persistem em outras ocupações como trabalhar, visitar amigos e familiares (Barros, Lucena, Lemos, Sabino & Lucena, 2020). A predominância de informações sobre barreiras físicas entre os estudos denota que os ambientes não são concebidos para serem utilizados por todas as pessoas, como preconiza o conceito de *Design Universal*. Ainda hoje, há o predomínio da adoção de espaços alternativos direcionados a pessoas com algum tipo de limitação, em vez da projeção de ambientes que possibilitem adequações às diferentes habilidades dos usuários (Cambiaghi, 2017; Governo do Estado de São Paulo, 2010).

Diversos países adotam normas técnicas para garantir minimamente a funcionalidade dos espaços e mobiliários. No Brasil, existe a NBR 9050, que propõe parâmetros básicos mediante as condições diversas de mobilidade e percepção e a necessidade do uso de equipamentos de auxílio à mobilidade e de outros recursos de tecnologia assistiva, a fim de proporcionar autonomia, independência e segurança a todas as pessoas (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2015). Em paralelo aos desafios físicos, as barreiras tecnológicas representadas pela falta de equipamentos e recursos acessíveis para a avaliação e o diagnóstico demonstram que os mobiliários e equipamentos dos serviços muitas vezes não atendem às especificidades dos indivíduos, impedindo-os de usufruir dos produtos e procedimentos fundamentais e complementares para o tratamento de saúde. Por isso, é importante preconizar que as normativas precisam ser aplicadas efetivamente nas estruturas de todos os ambientes, e não apenas nos serviços de saúde, servindo como referencial para a criação e o aperfeiçoamento das legislações referentes ao tema para cumprir com o compromisso de igualdade.

Outro aspecto importante apresentado são as barreiras organizacionais e políticas, diante das dificuldades na ordenação dos serviços, o atendimento fragmentado, a sobrecarga de demanda, com recursos escassos e insuficientes, e o despreparo das instituições em atender à população com deficiência.

O apoio político e econômico é essencial para a estruturação dos serviços e o desenvolvimento de tecnologia assistiva para se adequar aos cuidados prestados (OMS, 2015; Commission on Social Determinants of Health, 2008). Em suplementação, a ampliação do conhecimento sobre os serviços e suas estruturas organizacionais, tanto para os profissionais como para os seus usuários, é essencial para que não se comprometa a articulação entre as ações realizadas e a compreensão do paciente sobre o cuidado efetuado (Barros et al., 2020).

A adoção do planejamento regional de saúde como um instrumento de gestão é indicada para auxiliar na identificação das prioridades e no direcionamento dos investimentos necessários para o seu desenvolvimento e para reconhecer a cultura, o cotidiano, as condições sociodemográficas e econômicas do território (Ferreira et al., 2018; G. J. Souza et al., 2021). A estratégia da regionalização supera as barreiras geográficas, diminui custos de transporte, amplia a qualidade da atenção ofertada, auxilia a criação de processos de trabalho que acolham as especificidades e facilita a relação da coordenação e cooperação entre redes e serviços.

Dentre as barreiras assistenciais, a desvalorização do saber das pessoas com deficiência ainda é pouco discutida (Othero & Ayres, 2012; Pereira, 2008). A vida com deficiência não é valorizada e analisada nas proposições práticas em saúde, contudo é indispensável que os profissionais considerem o viver com deficiência em suas práticas e condutas, englobando as relações pessoais, a predominância da superproteção, da discriminação e do preconceito, bem como as singularidades no ritmo e na organização do cotidiano. Somente assim as pessoas com deficiência desfrutarão de vivências legítimas e práticas efetivas de cuidado em saúde, que as estimule e crie oportunidades para o desenvolvimento da autonomia no cuidado (Othero & Ayres, 2012).

O perfil de formação dos profissionais e a sua capacidade de oferecer atenção integral às pessoas com deficiência são problematizados nos estudos, tanto pelos provedores como por elas. Logo, a qualificação pode ser aperfeiçoada. Contudo, para além das mudanças que podem ser feitas nas diretrizes curriculares e nos conteúdos trabalhados, é preciso reconhecer a necessidade de transformar práticas instituídas ao longo do tempo e de explorar novos conceitos (Ceccim & Feuerwerker, 2004). A integralidade da atenção é atingida quando o profissional acompanha os resultados de suas ações de maneira responsabilizada, dialoga com outras dimensões do processo saúde-doença, acolhe o processo de cuidado e vincula-se com ele (Merhy, 1988).

Algumas crenças e tratativas dadas às pessoas com deficiência foram construídas e enraizadas no decorrer da História, passando por diversos paradigmas, desde a invisibilidade e total exclusão até os tratamentos de caridade, a institucionalização e o assistencialismo (Pacheco & Alves, 2007; Marchesan & Carpenedo, 2021). Como visto nos estudos, o capacitismo reflete este percurso histórico e está internalizado em comportamentos, atitudes e valores até mesmo na prestação de cuidado em saúde.

Assim, ao considerar esses contextos e concepções, os profissionais de assistência precisam transpor a barreira pessoal que vai além da aquisição de conhecimento técnico-científico, para confrontar suas percepções carregadas de representações influenciadas por modelos pré-estabelecidos, para ser capaz de enxergar a pessoa em sua integralidade e singularidade durante o cuidado prestado.

Ademais, é indispensável superar as barreiras na comunicação e informação para que os serviços estejam preparados para receber as pessoas com deficiência. A infraestrutura com a sinalização adequada, a disposição de recursos de comunicação alternativa e de intérprete de língua de sinais instrumentalizam e proporcionam um ambiente adequado. É importante pontuar também que a valorização do trabalhador com a remuneração em conformidade com o tempo adequado para assistir as demandas advindas e suas particularidades é crucial para que se tenha satisfação e qualidade na assistência ofertada.

Em suma, nesta metassíntese, identificaram-se as várias desvantagens para o acesso equitativo e integral de cuidados de saúde. Na contramão do que é preconizado nos direitos e nas diretrizes instituídos, as barreiras identificadas nesta revisão ainda constituem o cotidiano das pessoas com deficiência.

5. Considerações Finais

Os estudos qualitativos apresentam experiências e percepções dos participantes, que são aspectos importantes na investigação científica. Por meio desta metassíntese, foi possível reunir, ampliar e potencializar o alcance dos resultados de diferentes estudos, haja vista os achados mais pertinentes e predominantes na bibliografia selecionada, expandindo as ponderações e as discussões com a literatura científica.

De maneira geral, as barreiras de acesso aos cuidados de saúde identificadas nesta revisão são condizentes com as consideradas pela LBI (LBI, 2015) e com os dados mais recentes do Relatório de Deficiência e Desenvolvimento (WHO, 2018). Elas invocam a necessidade do desenvolvimento de estudos nesta temática no contexto brasileiro. Sob a ótica da literatura, refletiu-se sobre os desafios impostos no acesso aos serviços de cuidado. Contudo, futuras revisões poderão incluir, além dos desafios, os facilitadores percebidos no acesso à saúde, com enfoque em grupos de deficiência.

Por fim, espera-se que esta revisão proporcione uma reflexão que guie gestores, políticos e profissionais de assistência a adotarem práticas inclusivas, assim como inspire novos pesquisadores a explorar ainda mais essa temática, na busca por novas perspectivas e pelo amadurecimento de soluções propositivas.

Referências

- Abodey, E., Vanderpuye, I., Mensah, I. & Badu, E. (2020). In search of universal health coverage – highlighting the accessibility of health care to students with disabilities in Ghana: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20 (1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05138-0>
- Alencar, E. S. de & Almouloud, S. A. (2017). A metodologia de pesquisa: metassíntese qualitativa. *Reflexão e Ação*, 25 (3). <https://doi.org/10.17058/rea.v25i3.9731>
- Angus, J., Seto, L., Barry, N., Cechetto, N., Chandani, S., Devaney, J., Fernando, S., Muraca, L. & Odette, F. (2012). Access to Cancer Screening for Women with Mobility Disabilities. *Journal of Cancer Education*, 27 (1). <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0273-4>
- Antunes, M. N., Siqueira, M. M. de, Santos, P. H. C. dos & Marchito, L. de O. (2017). Avaliação de projetos em saúde: metassíntese. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 18 (1), 140–149. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15145>
- Associação Brasileira de Normas Técnicas. (2015). *NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência às Edificações, Espaço Mobiliário e Equipamentos Urbanos*.
- Banks, L. M. & Polack, S. (2014). The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries. *Internacional Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene & Tropical Medicine*. https://www.cbm.org/fileadmin/user_upload/Publications/Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report.pdf
- Banks, L. M., Zuurmond, M., Ferrand, R. & Kuper, H. (2017). Knowledge of HIV-related disabilities and challenges in accessing care: Qualitative research from Zimbabwe. *PLOS ONE*, 12 (8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181144>
- Barr, J. K., Giannotti, T. E., Hoof, T. J. van, Mongoven, J. & Curry, M. (2008). Understanding Barriers to Participation in Mammography by Women with Disabilities. *American Journal of Health Promotion*, 22 (6). <https://doi.org/10.4278/ajhp.22.6.381>

- Barros, H. M. de F., Lucena, E. M. de F., Lemos, N. P. de, Sabino, R. S. B. & Lucena, R. N. L. dos S. (2020). Percepção dos usuários com deficiência física assistidos pelo NASF-AB acerca de suas condições de saúde. *Research, Society and Development*, 9 (10). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8170>
- Bezerra, J. & Menezes, D. E. (2015). O direito protetivo no Brasil após a convenção sobre a proteção das pessoas com deficiência: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com deficiência. *Civilistica.Com*, 4 (1), 1–34. <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/199>
- Cambiaghi, S. (2017). *Desenho Universal. Métodos e Técnicas para Arquitetos e Urbanistas, (Vol. 1)*. Senac São Paulo.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Dassah, E., Aldersey, H. M., McColl, M. A. & Davison, C. (2019). Healthcare providers' perspectives of providing primary healthcare services to persons with physical disabilities in rural Ghana. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000495>
- Davidsson, N. & Södergård, B. (2016). Access to Healthcare among People with Physical Disabilities in Rural Louisiana. *Social Work in Public Health*, 31 (3). <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1099496>
- De França, E. G., Pontes, M. A., Costa, G. M. C. & de França, I. S. X. (2016). Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. *Ciencia y Enfermeria*, 22 (3), 107–116. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532016000300107>
- De Vries McClintock, H. F., Barg, F. K., Katz, S. P., Stineman, M. G., Krueger, A., Colletti, P. M., Boellstorff, T. & Bogner, H. R. (2016). Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. *Disability and Health Journal*, 9 (1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.007>
- Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. (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. Diário Oficial da União. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
- Edwards, D. J., Sakellariou, D. & Anstey, S. (2019). Barriers to, and facilitators of, access to cancer services and experiences of cancer care for adults with a physical disability: A mixed methods systematic review. *Disability and Health Journal*, 13 (1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100844>
- Ferreira, J., Celuppi, I. C., Baseggio, L., Geremia, D. S., Madureira, V. S. F. & Souza, J. B. de. (2018). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*, 27 (1). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170296>
- Fiorentini, D. (2013). A Investigação em Educação Matemática desde a perspectiva acadêmica e profissional: desafios e possibilidades de aproximação. *Cuadernos de Investigación y Formación en Educación Matemática*, 61–82. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- Ganle, J. K., Otupiri, E., Obeng, B., Edusie, A. K., Ankomah, A. & Adanu, R. (2016). Challenges Women with Disability Face in Accessing and Using Maternal Healthcare Services in Ghana: A Qualitative Study. *PLOS ONE*, 11 (6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158361>
- Gibson, B. E. & Mykitiuk, R. (2012). Health Care Access and Support for Disabled Women in Canada: Falling Short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Qualitative Study. *Women's Health Issues*, 22 (1). <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.011>
- Gonçalves, M. V. & Malfitano, A. P. S. (2021). O conceito de mobilidade urbana: articulando ações em terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoar1929>
- Governo do Estado de São Paulo. (2010). *Diretrizes do Desenho Universal na Habitação de Interesse Social no Estado de São Paulo*. <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual-desenho-universal.pdf>
- Harrison, J. A. K., Thomson, R., Banda, H. T., Mbera, G. B., Gregorius, S., Stenberg, B. & Marshall, T. (2020). Access to health care for people with disabilities in rural Malawi: what are the barriers? *BMC Public Health*, 20 (1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08691-9>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2010). *Relatório do Censo Demográfico 2010. Características Gerais da População - Resultados da Amostra*.
- Iezzoni, L. I., Kilbridge, K. & Park, E. R. (2010). Physical Access Barriers to Care for Diagnosis and Treatment of Breast Cancer Among Women With Mobility Impairments. *Oncology Nursing Forum*, 37 (6). <https://doi.org/10.1188/10.ONF.711-717>
- Iezzoni, L. I., Killeen, M. B. & O'Day, B. L. (2006). Rural Residents with Disabilities Confront Substantial Barriers to Obtaining Primary Care. *Health Services Research*, 0 (0). <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00534.x>
- Jones, M. C., McLafferty, E., Walley, R., Toland, J. & Melson, N. (2008). Inclusion in primary care for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12 (2). <https://doi.org/10.1177/1744629508090982>
- Kilic, A., Tastan, S., Guvenc, G. & Akyuz, A. (2019). Breast and cervical cancer screening for women with physical disabilities: A qualitative study of experiences and barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (9). <https://doi.org/10.1111/jan.14048>
- Kroll, T., Jones, G. C., Kehn, M. & Neri, M. T. (2006). Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. *Health and Social Care in the Community*, 14 (4). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00613.x>
- Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. (2015). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com deficiência). Diário Oficial da União. Brasília, DF.

- Llewellyn, G., Balandin, S., Poulos, A. & McCarthy, L. (2011). Disability and mammography screening: intangible barriers to participation. *Disability and Rehabilitation*, 33 (19–20). <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.546935>
- Maranhão, M. C. S. de A. & Manrique, A. L. (2014). Pesquisas que articulam a Teoria das Situações Didáticas em Matemática com outras Teorias: concepções sobre aprendizagem do professor. *Revista Perspectivas da Educação Matemática*, 7.
- McMillan, C., Lee, J., Milligan, J., Hillier, L. M. & Bauman, C. (2016). Physician perspectives on care of individuals with severe mobility impairments in primary care in Southwestern Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 24 (4). <https://doi.org/10.1111/hsc.12228>
- Mele, N., Archer, J. & Pusch, B. D. (2005). Access to Breast Cancer Screening Services for Women with Disabilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34 (4). <https://doi.org/10.1177/0884217505276158>
- Merhy, E. E. (1988). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In C. R. Campos, D. C. Malta, A. Teixeira dos Reis, A. dos Santos & E. E. Merhy (Eds.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público* (pp. 103–120). Xamã.
- Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C. & Smith, L. D. (2016). Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability and Health Journal*, 9 (3). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.12.007>
- Mitra, M., Smith, L. D., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., Sammet Moring, N. & Iezzoni, L. I. (2017). Barriers to providing maternity care to women with physical disabilities: Perspectives from health care practitioners. *Disability and Health Journal*, 10 (3). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.021>
- Othero, M. B. & Ayres, J. R. C. M. (2012). Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 40, 219–252.
- Pacheco, K. M. D. B. & Alves, V. L. R. (2007). A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiátrica*. http://www.actafisiatrica.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=184&nomeArquivo=v14n4a10.pdf
- Pendergrass, K. M., Nemeth, L., Newman, S. D., Jenkins, C. M. & Jones, E. G. (2017). Nurse practitioner perceptions of barriers and facilitators in providing health care for deaf American Sign Language users. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29 (6). <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12461>
- Pereira, R. (2008). *Anatomia da diferença: normalidade, deficiência e outras invenções*. Casa do Psicólogo.
- Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. (2012). Institui a Rede de Cuidados à Pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF.
- Prado, V. J. do & Santos, L. R. dos. (2021). A inclusão das pessoas com deficiências (PDC) – um diálogo inexistente com a teoria organizacional. *Research, Society and Development*, 10 (11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19694>
- Read, S., Heslop, P., Turner, S., Mason-Angelow, V., Tilbury, N., Miles, C. & Hatton, C. (2018). Disabled people's experiences of accessing reasonable adjustments in hospitals: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3757-7>
- Sakellariou, D., Anstey, S., Gaze, S., Girt, E., Kelly, D., Moore, B., Polack, S., Pratt, R., Tyrer, G., Warren, N., Wilkinson, W. & Courtenay, M. (2019). Barriers to accessing cancer services for adults with physical disabilities in England and Wales: an interview-based study. *BMJ Open*, 9 (6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027555>
- Sakellariou, D. & Rotarou, E. S. (2019). Utilisation of mammography by women with mobility impairment in the UK: Secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*, 9 (3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024571>
- Saleeby, P. W. & Hunter-Jones, J. (2016). Identifying Barriers and Facilitators to Breast Health Services among Women with Disabilities. *Social Work in Public Health*, 31 (4). <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137509>
- Sandelowski, M., Docherty, S. & Emden, C. (1997). Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in nursing & health*, 20 (4), 365–371. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199708\)20:4<365::aid-nur9>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199708)20:4<365::aid-nur9>3.0.co;2-e)
- Scheier, D. B. (2009). Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *J N Y State Nurses Assoc.*, 1 (40), 4–10.
- Schildberger, B., Zenzmaier, C. & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1388-3>
- Sheppard, K. (2014). Deaf adults and health care: Giving voice to their stories. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26 (9). <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12087>
- Sonalkar, S., Chavez, V., McClusky, J., Hunter, T. A. & Mollen, C. J. (2020). Gynecologic Care for Women with Physical Disabilities: A Qualitative Study of Patients and Providers. *Women's Health Issues*, 30 (2). <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.10.002>
- Souza, G. J., Gomes, C. & Zanetti, V. R. (2021). Descentralização, Território e Regionalização dos Serviços de Saúde: Análise Contextual dos Municípios de Guaratinguetá e Aparecida na Rede Regional de Atenção à Saúde – 17 (RRAS-17) do Estado de São Paulo. *Desenvolvimento em Questão*, 19 (54). <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2021.54.298-320>
- Souza, V. R. dos S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R. & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2021AO02631>
- Tarasoff, L. A. (2015). Experiences of Women with Physical Disabilities During the Perinatal Period: A Review of the Literature and Recommendations to Improve Care. *Health Care for Women International*, 36 (1). <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.815756>

- Tarasoff, L. A. (2017). “We don’t know. We’ve never had anybody like you before”: Barriers to perinatal care for women with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 10 (3). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.017>
- Trani, J. F. & Loeb, M. (2012). Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*, 24. <https://doi.org/10.1002/jid.1709>
- Vasconcellos, E. A. de, de Carvalho, C. H. R. & Pereira, R. H. M. (2011). Diagnóstico específico da mobilidade urbana no Brasil: alterações no padrão de mobilidade urbana ocorrida nas últimas décadas. In *Transporte e mobilidade urbana* (pp. 7–8). <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1373>
- Vasconcelo, F. M. & Wellichan, D.S. P. (2022). O trabalhador com deficiência: considerações sobre o cenário nacional e internacional / The disabled worker: considerations about the national and international scenario. *Brazilian Journal of Development*, 8 (1), 6016–6032. <https://doi.org/10.34117/BJDV7N12-408>
- Vergunst, R., Swartz, L., Mji, G., MacLachlan, M. & Mannan, H. (2015). ‘You must carry your wheelchair’ – barriers to accessing healthcare in a South African rural area. *Global Health Action*, 8 (1). <https://doi.org/10.3402/gha.v8.29003>
- World Health Organization – WHO. (2011). *World Report on Disability*.
- World Health Organization – WHO. (2015). *WHO Global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-disability-action-plan-2014-2021>
- World Health Organization – WHO. (2018). *Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities*. http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/outras-publicacoes/item/408-onu_2018
- Zheng, Y., Lamoureux, E. L., Chiang, P. C. P., Anuar, A. R., Ding, J., Wang, J. J., Mitchell, P., Tai, E. S. & Wong, T. Y. (2012). Language barrier and its relationship to diabetes and diabetic retinopathy. *BMC Public Health*, 12 (1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-781>