

O estreito acesso das Pessoas com Deficiência aos serviços de saúde em uma capital nordestina

The limited access of People with Disabilities to health services in a northeastern capital

Tássia Mayra Oliveira Farias (<https://orcid.org/0000-0002-3047-2012>)¹

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque (<https://orcid.org/0000-0002-1520-700X>)¹

Raquel Santos Oliveira (<http://orcid.org/0000-0002-6189-1543>)¹

Tereza Maciel Lyra (<https://orcid.org/0000-0002-3600-7250>)²

Gabriella Morais Duarte Miranda (<https://orcid.org/0000-0001-9588-6817>)¹

Pollyana Ribas de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-8272-3779>)³

Abstract *The access of People with Disabilities (PwD) to specialized care services was analyzed on the basis of the availability-accommodation and adequacy dimensions. This is a case study with a qualitative approach and triangulation of sources based on documentary research, data from the Health Information Systems and semi-structured interviews with managers, health professionals and PwD. There was an expansion of rehabilitation services in Recife, although it was not possible to analyze the production capacity of such services. The findings point to the existence of architectural and urban barriers and insufficient resources in the services studied. Furthermore, there is a long waiting time for specialized care and difficult access to assistive technologies. It was also observed that professionals have low qualifications to meet the needs of PwD and a process of permanent education in different levels of complexity has not been instituted for workers. The conclusion drawn is that the institution of the Municipal Policy of Comprehensive Health Care for the PwD was insufficient to guarantee access to health services with continuity of care, considering the permanence of the fragmentation of the care network, thus violating the right to health of this segment.*

Key words *Access to health services, People with Disabilities, Integrated Health Care Systems*

Resumo *Analisou-se, a partir das dimensões disponibilidade-acomodação e adequação, o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de atenção especializada. Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa com triangulação de fontes a partir de pesquisa documental, dados dos Sistemas de Informações em Saúde e entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde e PcD. Observou-se a ampliação de serviços de reabilitação no Recife, embora não tenha sido possível analisar a capacidade de produção de tais serviços. Os achados apontam para a existência de barreiras arquitetônicas e urbanísticas e insuficiência de recursos nos serviços estudados. Ademais, há um longo tempo de espera para atenção especializada e um difícil acesso às tecnologias assistivas. Pôde-se observar ainda que os profissionais têm baixa qualificação para atender às necessidades das PcD e não se tem instituído um processo de educação permanente para os trabalhadores dos diversos níveis de complexidade. Conclui-se que a instituição da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da PcD não foi suficiente para garantir o acesso aos serviços de saúde com continuidade do cuidado, considerando a permanência da fragmentação da rede de atenção, ferindo, assim, o direito à saúde deste segmento.*

Palavras-chave *Acesso aos serviços de saúde, Pessoas com Deficiência, Sistemas Integrados de Cuidados de Saúde*

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego 1235, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. tassiamoliveira@hotmail.com

² Instituto Aggeu Magalhães. Recife PE Brasil.

³ Secretaria de Saúde de Pernambuco. Recife PE Brasil.

Introdução

A discussão sobre o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) aos serviços de saúde demonstra que este direito é mais restrito para eles, se comparado às outras pessoas¹. Isso porque, a deficiência é uma condição atravessada por aspectos históricos, culturais e sociais que produzem um quadro de exclusão social e dificultam o acesso aos direitos básicos, expondo-os a maiores situações de vulnerabilidade².

Desde o final da década de 1980, o Brasil vem ampliando a legislação voltada para os direitos da PcD. Na área da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNS-PPD) instituída em 2002, hoje denominada Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPcD), tem como diretrizes a promoção da qualidade de vida, assistência integral, prevenção de deficiências, ampliação dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços de atenção à PcD e capacitação de recursos humanos³.

Outros marcos normativos surgiram, construindo um arcabouço importante para o cuidado da PcD. Em 2009 foi promulgada a Convenção Mundial dos Direitos da Pessoa com Deficiência⁴; em 2011 foi publicado o Plano Nacional de direitos da Pessoa com Deficiência - Viver Sem Limites; e em 2012 foi implantada a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCSPcD) no âmbito do SUS, com a proposta de organizar os serviços de referência na atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência, e assim qualificar o atendimento e expandir serviços voltados a PcD⁵. Por fim, em 2015 foi publicada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI)⁶.

Entretanto, e apesar disso, nos últimos anos tem se vivenciado um cenário de austeridade fiscal com impacto nas políticas sociais, dentre elas a destinada à saúde da PcD. Vivencia-se, assim, um distanciamento da perspectiva de implantação efetiva de uma rede integral de atenção à saúde⁷.

Historicamente, a situação das PcD no Brasil é marcada por um processo de invisibilidade. Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 foi emblemática pela ausência de informações relativas às pessoas com deficiência que foram infectadas e pela falta de política específica, o que implicou na redução de acesso aos serviços⁸.

Para além da COVID-19, é importante ressaltar que o acesso aos serviços de atenção especializada e básica para PcD é indispensável.

Partindo do pressuposto de que o entendimento do conceito de acesso é impreciso na literatura especializada, esta pesquisa pretende demonstrar que há diversas abordagens sobre ele, produzindo variações de sentido⁹⁻¹⁵.

O presente artigo baseia-se na proposta de acesso de Levesque *et al.*¹⁵ a qual envolve desde a percepção das necessidades de cuidados em saúde até a continuidade do uso dos serviços. O conceito tem sua compreensão sistematizada na interação entre 5 dimensões do serviço (acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e acomodação, acessibilidade financeira e adequação) e 5 capacidades individuais dos usuários (de perceber, de procurar, de alcançar, de pagar e de se envolver)¹⁵.

Nesse contexto, optou-se por trabalhar duas dimensões do acesso: a disponibilidade e acomodação e a adequação. A primeira envolve o alcance concreto do serviço em tempo hábil, considerando características individuais, urbanas e da estrutura e organização das unidades de saúde. A segunda dimensão traz aspectos da utilização do serviço e suas consequências para o cuidado, para isso analisa o grau de adequação entre o serviço e a necessidade do usuário, o que é ofertado e a forma que as ações de saúde são prestadas¹⁵.

Há estudos que apontam barreiras de acesso para as PcD relacionadas com a disponibilidade e acomodação e com a adequação dos serviços de saúde¹⁶. Assim, entende-se que a garantia do acesso é um fenômeno complexo que ultrapassa a existência legal e física da RCSPcD, pois envolve aspectos subjetivos, políticos, econômicos e sociais, o que fragiliza a efetivação da RCSPcD¹⁷, uma vez que, um dos maiores desafios no âmbito dos direitos das PcD trata-se justamente da efetivação daquilo que está posto em lei¹⁸.

Desde 2016, esse cenário tem se agravado, diante de uma abordagem que reduz a participação do Estado em políticas públicas e que negligencia as necessidades desse segmento social, ampliando assim as condições de desigualdade e as diversas barreiras que impedem a vida em sociedade¹⁹.

Face ao exposto, este artigo partiu do seguinte questionamento: como ocorre o acesso aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade do Recife-PE? Tendo, pois, por objetivo analisar, a partir das dimensões disponibilidade-acomodação e adequação, o acesso das PcD aos serviços de atenção especializada nesta cidade.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo exploratório que utilizou a abordagem qualitativa²⁰ e desenho do tipo estudo de caso²¹, uma vez que esse possibilitou a utilização de diversas fontes de dados, subsidiando a sua triangulação a fim de compreender os significados do fenômeno em sua complexidade. Segundo Robert Yin²¹ o estudo de caso contribui com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos.

A triangulação das fontes de dados foi realizada a partir da análise documental dos atos normativos nacionais e locais referentes ao acesso às ações e serviços de saúde da PcD; da exploração de Sistemas de Informações em Saúde; e, por fim, das entrevistas semiestruturadas, em dois serviços especializados da RCSPcD, um Centro Especializado em Reabilitação e um hospital.

A fonte documental buscou contextualizar o objeto de pesquisa a partir dos documentos de referência: a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência³; a Portaria nº 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS⁴; e a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência de Recife²².

A pesquisa nos Sistemas de Informação em Saúde objetivou caracterizar a oferta de ações e serviços em reabilitação na cidade do Recife a partir da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), ambos disponibilizados no site do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), de domínio público.

A atenção especializada da RCSPcD é composta por Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); leitos hospitalares; estabelecimentos habilitados em serviço de reabilitação e pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), nas modalidades II, III e IV⁴. Para caracterizar a rede especializada de reabilitação no Recife foram explorados os arquivos de Habilitação (com códigos 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211) disponíveis no CNES, nos anos de 2009 e 2019.

Do SIA foram explorados os dados referentes à produção ambulatorial de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPM) - Grupo 07, no período de 2009 a 2019. Não foi possível analisar toda produção ambulatorial relacionada à reabilitação da PcD, em virtude da impossibilidade de o Sistema discriminar os procedimentos voltados exclusivamente para as PcD.

Para realização das entrevistas, partiu-se da compreensão de que a complexidade da realidade não pode ser totalmente captada, logo, não há ponto de saturação a ser alcançado. Assim sendo, optou-se pela realização de uma amostra intencional e heterogênea, a partir dos seguintes critérios: sujeitos com poder de informação e com diversidade de representação, a fim de alcançar diferentes leituras e perspectivas sobre o fenômeno estudado²³. Dessa forma, participaram quatro profissionais de saúde de dois serviços especializados; quatro PcD, usuárias destas unidades de saúde, sendo dois cuidadores; e um gestor da PMAISPCD, totalizando 9 participantes (Quadro 1).-

Foi selecionado o único CER sob gestão municipal no território do Recife, estruturado em 2016, motivado pela Epidemia da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) e habilitado como CER II. O hospital, por sua vez, foi incluído por ser a principal referência para o CER II estudado.

Os roteiros das entrevistas exploraram as dimensões Disponibilidade-Acomodação e Adequação. Na primeira dimensão, buscou-se compreender a disponibilidade de recursos para que o serviço fosse alcançado em tempo hábil, com questões envolvendo aspectos da estrutura, do contexto do ambiente, dos atores sociais e da oferta. Na segunda dimensão, o roteiro continha questões relacionadas a quais serviços são prestados e de que modo são prestados, relacionando-se a aspectos como qualidade técnica e interpessoal, coordenação e continuidade do cuidado.

Em virtude da pandemia da COVID-19, as entrevistas foram realizadas de acordo com a escolha de cada participante, parte no formato online, por meio da plataforma Google Meet, e outras presencialmente, nas unidades de saúde, seguindo todas as recomendações sanitárias. As entrevistas duraram em média 50 minutos.

Os dados relacionados à rede de serviços e à produção ambulatorial das OPM foram analisados por meio de frequência relativa e absoluta no Programa Excel e, no último caso, por meio do método de regressão Joinpoint²⁴ (regressão por pontos de inflexão). Foram calculadas a variação percentual anual (APC: *annual percent change*) e a variação percentual média do período analisado (AAPC: *average annual percent change*), com $\alpha=5\%$.

As entrevistas foram transcritas e analisadas mediante a Análise de Conteúdo de Bardin²⁵ e da Condensação de significados de Kvale²⁶, uma vez que a análise de conteúdo permite o deslocamento da descrição para interpretação das informações. O conceito orientador da análise realizada

Quadro 1. Seleção dos sujeitos da pesquisa.

Sujeitos	Setor	Forma de seleção
1 mãe/cuidadora de criança com deficiência física	CER II	Um profissional do CER II foi informante chave para seleção dessas mães, devido sua possibilidade de comunicação com elas em tempos que os atendimentos estavam sendo principalmente de forma virtual
1 mãe/cuidadora de criança com deficiência intelectual		
1 Profissional (Fonoaudiologia)	CER II	Selecionados a partir da mediação da coordenação do CER II
1 Profissional (Terapia ocupacional)		
1 Profissional (Fisioterapia)	Hospital	Por meio do contato com a coordenação de fisioterapia do hospital
1 Profissional (Enfermagem)		Profissional de fisioterapia apresentou os trabalhadores do posto de enfermagem de plantão
2 Pessoas com deficiência física	Hospital	Profissional de fisioterapia mediou o contato com estes usuários, considerando a rotina do leito e a condição clínica do paciente
1 Gestor da PMAISPcD	Gestão	Último gestor com tempo mínimo de experiência de 1 ano

Fonte: Autoras.

foi o da dimensão disponibilidade e acomodação e da adequação do acesso¹⁵.

Este artigo é produto de uma dissertação de mestrado, com parecer aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 35033020.0.0000.5208). Faz parte do projeto de pesquisa “Fortalecendo a inclusão de pessoas com deficiência no Sistema de Saúde no Brasil: explorando o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde em Pernambuco”, desenvolvido pelo Instituto Aggeu Magalhães (Fiocruz/Pernambuco), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a London School of Hygiene and Tropical Medicine, com financiamento do Newton Fund.

Resultados e discussões

Essa sessão de resultados e discussões está organizada a partir das dimensões Disponibilidade e Acomodação, e Adequação.

Disponibilidade e acomodação

A oferta de serviços de reabilitação para PcD relaciona-se com a disponibilidade e acomodação do acesso no âmbito da RCSPcD. Entre os anos de 2009 e 2019 observou-se um crescimento dos serviços habilitados em reabilitação na cidade de Recife (Tabela 1).

Foi possível conhecer a evolução do cadastro de estabelecimentos com habilitação em reabili-

tação no Sistema Único de Saúde, entretanto, não foi possível analisar o registro de procedimentos de reabilitação específicos para as PcD nos serviços habilitados, uma vez que os Sistemas de Informações de racionalidade assistencial não possuem códigos que especifiquem o cuidado exclusivo às PcD. Logo, não é possível inferir que o crescimento de serviços habilitados implicou na ampliação da capacidade de produção ambulatorial em reabilitação no município.

A instituição da RCSPcD em 2012 e as consequências da Epidemia da SCZV foram marcos importantes na análise do crescimento dos serviços de reabilitação. Segundo Aguiar²⁷, a região Nordeste está entre aquelas que apresentou maior expansão no número de habilitações para reabilitação entre 2012 e 2017, principalmente devido as consequências da Epidemia da SCZV.

Neste cenário de epidemia, a cidade do Recife habilita o seu Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI) em Centro Especializado em Reabilitação do tipo II junto ao Ministério da Saúde. Entretanto, os profissionais apontam que este serviço ainda está vivenciando a transição de NDI para CER II, com infraestrutura insuficiente e processo de trabalho mais próximo ao funcionamento do NDI:

Os profissionais, a maioria tem experiência de trabalhar com crianças de no máximo até cinco anos, com estimulação precoce. Que é o objetivo da microcefalia. Mas como agora é CER, estamos vendo como é que se agregam outros profissionais que possam atender outras faixas etárias maiores. (Profissional 2 do CER II).

Tabela 1. Número de habilitações em reabilitação na cidade de Recife.

Ano	Instituição	Habilitação	Número de Habilitações
2009	AACD	Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física	1
	Hospital Getúlio Vargas	Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário	1
	Total		2
2019	AACD	Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física	1
	Hospital Getúlio Vargas	Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário	1
	Hospital Agamenon Magalhães	Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade	1
	CER II Lessa de Andrade	Modalidade Física e Intelectual	2
	CER IV IMIP	Modalidade Física, Intelectual, Visual e Auditiva	4
	CER IV Fundação Altino Ventura	Modalidade Física, Intelectual, Visual e Auditiva	4
	Total		13

Nota: Dados referentes às competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019, respectivamente.

Fonte: CNES, 2021.

Não tem como exigir mais recursos materiais se a gente não tem uma estrutura física adequada. (Profissional 1 do CER II).

Nesse caso, aspectos da disponibilidade e acomodação do serviço, como a quantidade de profissionais qualificados para o público do CER II, a insuficiência de recursos e do próprio espaço físico da instituição impactam na capacidade de resposta do serviço para atender às necessidades das PcD.

A análise documental da PMAISPcD revela que seu conteúdo prevê a ampliação e qualificação dos espaços de reabilitação da atenção especializada. No entanto, instituída de forma tardia e com sua origem associada às questões sanitárias da Epidemia da SCZV, as ações voltadas à concretização desses objetivos ainda são tímidas.

Neste sentido, Albuquerque *et al.*²⁸, evidenciam que historicamente a oferta assistencial para PcD se organiza de forma fragmentada e insuficiente, as diversas consequências clínicas da Epidemia da SCZV surgiram para revelar um vazio assistencial e demonstrar o quanto o sistema de saúde não está preparado para cuidar da PcD.

Para além da insuficiência de recursos, os achados apontam ainda para existência de problemas arquitetônicos e urbanísticas, que se configuram como importantes barreiras de acesso aos serviços:

Ele não é 100% acessível, tem rampa de acesso para os dois blocos. Em algumas salas, eles não entram e os banheiros também não são adaptados [...] Para o deficiente visual a gente não tem sinalização. (Profissional 1 do CER II).

Ontem eu cheguei tarde na consulta, porque passaram quatro ônibus superlotados que não dava nem para entrar com a cadeira. (Mãe de criança com deficiência intelectual).

Apesar da legislação brasileira garantir a autonomia da PcD em espaços urbanos e sociais, estabelecendo desenhos universais, adaptações razoáveis e normas de acessibilidade instituídas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)²⁹, percebe-se que as barreiras arquitetônicas e urbanísticas permanecem como um problema que alcança a maioria dos espaços de convivência social no Brasil.

Nesse sentido, a acessibilidade arquitetônica nos serviços de saúde ainda é um grande obstáculo de acesso, interferindo negativamente não apenas no primeiro contato com a instituição, mas também na desmotivação para continuidade do cuidado, assim como observado por Castro *et al.*¹⁶ e Martins *et al.*³⁰.

Os participantes também referem dificuldades na oferta de OPM, caracterizada pelos longos tempos de espera:

A gente encaminha para uma órtese, prótese [...] mas às vezes demora, é que a demanda é realmente muito grande para esses serviços. Então a gente encaminha e nem sempre vai ser rápido. (Profissional 2 do CER II).

A garantia de OPM tem sido um grande desafio para PNSPCD. Dados do Ministério da Saúde demonstram pontos críticos das oficinas ortopédicas, no âmbito da gestão, formação e inovação, que resultam em uma cobertura insuficiente (de apenas 42% no SUS)³¹, acarretando, portanto, um

longo tempo de espera para o acesso às tecnologias assistivas.

A produção ambulatorial de OPM aponta para um crescimento inicial, seguida de uma queda a partir do ano de 2015 (Figura 1).

A queda observada a contar de 2015 pode estar relacionada às mudanças de governo no período Dilma-Temer-Bolsonaro que reduziram o financiamento das políticas públicas. Um exemplo é o Projeto de Lei Orçamentária (PLN 28/2020)³², que gerou a Lei nº 14.144, de 22 de abril de 2021, prevendo um corte de 50,7% dos recursos destinados ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, onde está localizada a política voltada aos direitos da PcD.

A redução do registro de procedimentos pode ser uma das diversas faces da restrição do acesso às tecnologias assistivas e expressar também a necessidade de investimentos públicos para ampliação desse acesso. Principalmente porque, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³³ os recursos de OPM mais custosos são, em sua grande medida, assegurados pelo SUS.

A atenção especializada à saúde no Brasil se constituiu, historicamente, como uma das grandes dificuldades no SUS, caracterizada pela insuficiência de recursos e serviços públicos³⁴. Esse parece ser também o retrato da rede especializada da cidade do Recife.

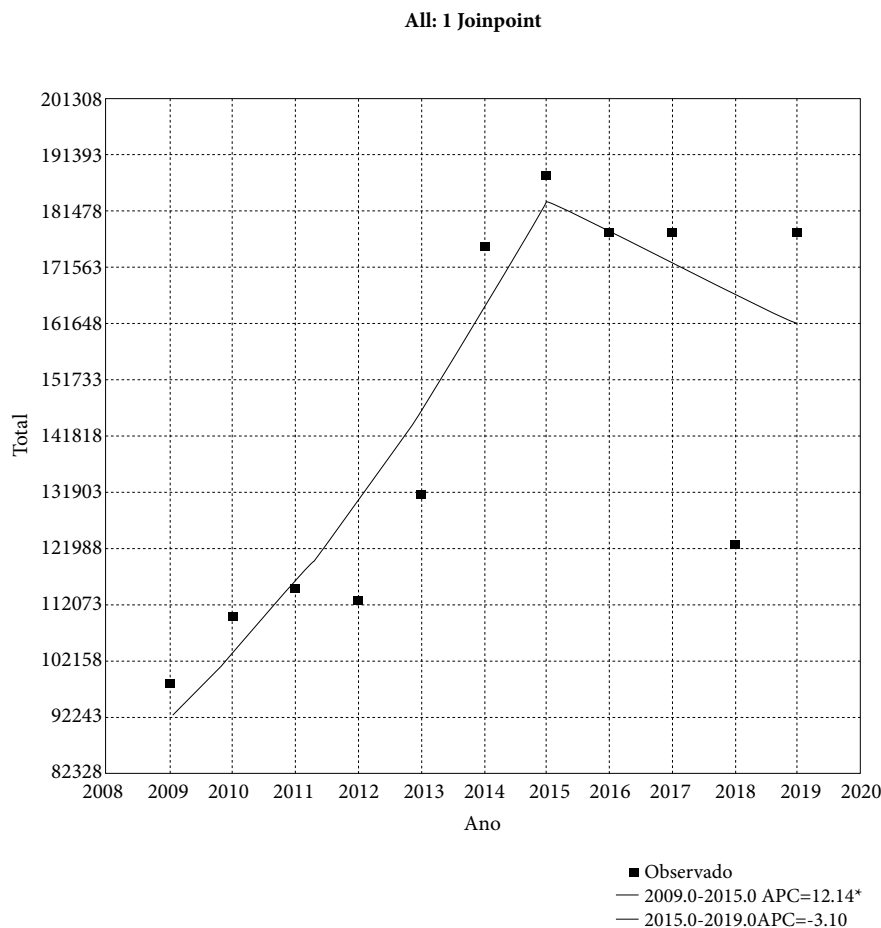


Figura 1. Tendência da produção Ambulatorial do subgrupo (0701) órteses, próteses e materiais especiais, segundo modelo Joinpoint, por forma de organização no município do Recife.

*Indica que a Variação Percentual Anual (APC) é significativamente diferente de zero no nível alfa=0,05. Modelo final selecionado: 1 Joinpoint.

Fonte: SIA, 2021.

Adequação

A adequação refere-se a quais serviços são prestados e de que modo são realizados, relacionando-se a aspectos como qualidade técnica e interpessoal, coordenação e continuidade do cuidado¹⁵.

A qualificação dos profissionais é, portanto, elemento fortemente relacionado à dimensão da Adequação. Os entrevistados destacam a necessidade de formação para o cuidado da PcD e revelam o pouco investimento no processo de educação permanente. Para os profissionais entrevistados há insuficiência de espaços de formação para os trabalhadores da saúde que estão no cuidado à PcD do CER II:

Então tem alguns profissionais, eu também me coloco dentro, que precisaria estar capacitado para isso. Ter treinamento, oferecer cursos para se preparar melhor, para receber essa demanda que está chegando cada vez mais. (Profissional 2 do CER II).

Eu acho que o que pode melhorar é isso, você qualificar esse profissional para atender esse segmento [...] Então a gente iniciou, mas não conseguiu dar continuidade com profissionais na atenção básica. (Gestor).

Percebe-se um incipiente processo de educação permanente que não considera a necessidade de oferta de espaços formativos, tampouco, a diversidade de trabalhadores envolvidos nos diversos níveis de complexidade da RCSPcD. A este respeito Machado *et al.*¹⁷, apontam que esse processo de investimento na formação profissional acontece principalmente por meio de iniciativas privadas do trabalhador.

O pouco investimento na formação repercute no cuidado ofertado e na capacidade dos profissionais de responder às complexas e contínuas necessidades das PcD. Nesse contexto, uma mãe aponta a dificuldade desde à atenção básica, que impede a coordenação do cuidado, provocando um vazio assistencial e a dificuldade de aproximação das necessidades da PcD:

Começando da unidade básica de saúde, não tem ninguém de agente de saúde com capacidade de nem entender o que o paciente precisa ou quer, não tem coragem nem de vir na porta, saber se está precisando de uma consulta, se as vacinas estão em dia, nada. (Mãe de criança com deficiência intelectual).

Amorim *et al.*¹ em pesquisa sobre o acesso da PcD na atenção básica, revelam que as barreiras atitudinais e a falta de qualificação dos profissionais para lidar com este público são importantes

desafios para o acesso. No caso da cidade do Recife, é preciso avançar na formação e qualificação do trabalho, o que revela que a qualificação profissional é um compromisso que precisa ser inserido na agenda de prioridades do Estado.

Outro aspecto fundamental para avaliação da Adequação refere-se à garantia da continuidade do cuidado. O cuidado da PcD exige o acompanhamento longitudinal, mas segundo uma entrevistada, essa tem sido importante barreira de acesso:

Se tivesse onde continuar com as fisioterapias dela. A única coisa que me queixo é isso, é poder continuar e ficar de mãos atadas em relação a isso. (Mãe de criança com deficiência física).

Esse obstáculo expressa a discrepância entre o pressuposto legal da integralidade e da universalidade da atenção e a real dificuldade das PcD para acessar os serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade.

O longo tempo de espera para o atendimento e a ausência de fluxos bem definidos que priorizem e assegurem o acesso à reabilitação também foram identificados problemas relacionados à Adequação:

É, tempo de espera. Tem pessoas que relatam que para conseguir o atendimento com a neuropediatra passou dois anos na fila de espera. E para chegar muitas vezes na reabilitação tem que passar pela especialista para ela prescrever a reabilitação. (O profissional 1 do CER II).

Por que agora é mais fácil, como já estou na CER II [...] então se tudo eu consigo pela regulação é por que eu já estou dentro, mas eu não esqueço a dificuldade que foi entrar.

O maior tempo de espera por atendimento, resulta em impactos negativos no prognóstico do usuário^{34,35}. Essa é uma das principais consequências da oferta insuficiente na atenção à saúde da PcD. No atual contexto de austeridade fiscal, estes aspectos não deixam de estar relacionados ao subfinanciamento do SUS³⁶.

Além dessas dificuldades, a insuficiência de serviços na rede também está relacionado aos aspectos observados na dimensão regulação dos serviços, que insere diversos entraves nesse sistema, os quais possuem forte repercussão na continuidade do cuidado. Um dos objetivos da introdução da regulação em saúde é potencializar a gestão de equipamentos e recursos humanos, de modo a qualificar o acesso aos serviços de saúde^{37,38}.

Em tese a regulação assistencial possui capacidade de reduzir as iniquidades do acesso, adequando a oferta de serviços à necessidade do usuário, mediante um diagnóstico local. Assim,

conforme Albuquerque *et al.*³⁹, isso implica em articulações da esfera técnica e política, na produção de respostas adequadas ao que o usuário precisa do ponto de vista clínico.

Associado a esta questão da regulação, restringir o acesso inicial ao serviço de saúde, destaca-se a cultura do alcance de vagas por fluxos informais à regulação. Pois, se a regulação surge para “desprivatizar” as vagas, mas diante de sua escassez não o faz, acaba tornando o usuário suscetível à busca de outras formas de acesso ao serviço de saúde.

Os princípios da universalidade e da equidade devem ser materializados e a regulação é uma função que assegura a sua concretização. As intervenções alheias aos fluxos assistenciais se apresentam também como impeditivos ao acesso universal e equitativo:

Politicamente ainda é muito forte essa presença de um político [...] Cirurgias canceladas por que botam preferências na frente. [...] É aquela pessoa que liga para o diretor e diz – oh tem um fulano de tal aí e tem que fazer essa cirurgia, então os outros são esquecidos. (Profissional 2 do hospital).

Observa-se que para além da regulação da atenção, outras formas de acesso e gestão das vagas emergem como produto das diversas forças de poder e interesses atuantes.

Dessa forma, a regulação clientelística surge como modo de acesso aos serviços, mediado por figuras políticas que se utilizam basicamente da barganha e da pressão para flexibilizar e agilizar os fluxos normais de acesso.

O resultado dessa relação clientelista é por um lado a conquista de votos a partir do prestígio conquistado pelo ator político, e, por outro lado, a redução da capacidade política e operacional da regulação governamental de produzir o acesso equitativo³⁹. Para além do acesso da PcD, essa é uma prática que vai contra a universalidade do acesso, uma vez que restringe o uso dos serviços de saúde e esvazia o sistema de regulação, tornando-o um instrumento sem eficácia.

A regulação em saúde está entre os principais desafios para a Adequação dos serviços, visto que a fragilidade dos fluxos que não consideram a realidade e o contexto de vida das PcD, seus territórios e trajetórias percorridas dentro do sistema de saúde apresenta-se também como um impeditivo para o acesso à saúde:

Todas as vezes que eu pedi encaminhamento [...] dizia que tinha que primeiro vir para o sistema e o sistema que jogava. Uma vez jogou para um hospital bem longe. Eu não fui, porque para mim ficava muito difícil chegar até lá.

No caso da cidade do Recife, a situação agrava-se pelo fato da Secretaria Municipal de Saúde ter baixa governabilidade para descentralização da oferta da rede complementar, que permaneceu concentrada em determinados bairros e alinhada aos interesses privados ao invés da necessidade assistencial do território⁴⁰, o que tem um impacto importante na acessibilidade geográfica do usuário.

Considerações finais

A dimensão Disponibilidade-Acomodação está diretamente relacionada à existência de recursos de saúde e, nesse caso, a ampliação do número de serviços habilitados em reabilitação foi um avanço observado, embora não tenha sido possível analisar a capacidade de produção de tais serviços. Ademais, há barreiras de acesso arquitetônicas e urbanísticas e uma redução na oferta de OPM.

O CER II, implantado no contexto da Epidemia da SCZV, centrou-se em um único ciclo de vida, a infância, ocasionando indisponibilidade de oferta para outras faixas etárias.

Na dimensão adequação, observou-se que o município não tem instituída uma Política de Educação Permanente para o conjunto de trabalhadores dos diversos níveis de complexidade, em decorrência disso os profissionais que trabalham nos serviços que atendem PcD encontram-se diante de uma formação ainda inadequada para atender as demandas específicas desse grupo social.

Considerando a interdependência entre as duas dimensões de acesso disponibilidade e adequação, pode-se afirmar que a insuficiência da oferta de serviços especializado traz repercussões para o potencial da regulação assistencial em facilitar o acesso a uma oferta adequada e oportuna. No caso das necessidades assistenciais da PcD tem se traduzido num mecanismo de restrição de acesso à atenção especializada. No âmbito da adequação, no que diz respeito à forma como serviços prestados, o caso do Recife revela a permanência das formas históricas de uma atenção fragmentada com prejuízos à continuidade do cuidado.

Diante da complexidade do objeto de pesquisa, há que se considerar como limitação deste trabalho a escolha por abordar apenas duas dimensões do acesso proposto por Levesque *et al.*¹⁵, já que as cinco dimensões estão fortemente interrelacionadas.

Ante os achados deste estudo, considera-se que as claras restrições de acesso à rede de atenção à PcD expressam a incipiente priorização das decisões nas esferas da política e da economia para atender às reais necessidades em saúde desse segmento populacional. Faz-se necessário pontuar que esse cenário não está dissociado do histórico

subfinanciamento do SUS, e que atualmente passa por um processo de desfinanciamento, os quais se desdobram em aspectos macrocontextuais como a insuficiência de serviços na rede de saúde e em fatores locais, como a dificuldade de expansão da RCSPcD no Recife e da defesa intransigente de um direito que lhe é fundamental, a saúde.

Colaboradores

TMO Farias trabalhou na coleta e análise de dados, em toda concepção e edição final do manuscrito. PR Oliveira contribuiu no processo de coleta de dados. MSV Albuquerque e RS Oliveira participaram da análise de dados, da concepção e edição final do texto. TM Lyra contribuiu com a edição final. GMD Miranda trabalhou na coleta de dados e edição final.

Financiamento

Newton Fund.

Referências

1. Amorim EG, Liberalli R, Medeiros Neta OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *Holos* 2018; 1:224-236.
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo (SEDPcD); 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Anexo da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*; 2002.
4. 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. *Diário Oficial da União* 2009; 26 ago.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2012.
6. 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). *Diário Oficial da União* 2015; 7 jul.
7. Lyra TM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Miranda GMD, Oliveira MS, Carvalho E, Santos HF, Penn-Kekana L, Kuper H. The National Health Policy for people with disabilities in Brazil: an analysis of the content, context and the performance of social actors. *Health Policy Plan* 2022; 37(9):1086-1097.
8. Melo DCF, Siqueira PC, Maciel ELN, Delcaro JCS, Robaina IMM, Jabor PM, Gonçalves Júnior E, Zandonade E. Pessoas com Deficiência e COVID-19 no estado do Espírito Santo, Brasil: entre a invisibilidade e a falta de Políticas Públicas. *Cien Saude Colet* 2022; 27(11):4203-4212.
9. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):190-198.

10. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University; 2003.
11. Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In: White KL. *Health Services Research: An Anthology*. Washington: PAHO; 1992.
12. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. p. 207-246.
13. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36(1):1-10.
14. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(8):655-658.
15. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013; 12:18.
16. Castro AMM, Silva JS, Macedo LCSA, Rosa NSF, Bertussi DC, Santos MLM, Merhy EE. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. *Praticas Cuidado Rev Saude Colet* 2021; 2:1-25.
17. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Julio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(3):e4480016.
18. Maior I. *Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2015
19. Borges ML, Costa JRC. A abordagem das políticas públicas para inclusão das pessoas com deficiência no Brasil. *Rev Disruptiva* 2020; 1(3):26-40.
20. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
21. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
22. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Recife. Portaria nº 067, de 13 de dezembro de 2016. Institui a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial do Município*; 2016.
23. Salgado CM. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisa qualitativa em Saúde. In: Bosi MLM, Gastaldo D, organizadoras. *Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em Saúde*. Petrópolis: Vozes; 2021.
24. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune TN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000; 19(3):335-351.
25. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
26. Kvale S, Brinkmann S. *Interviews: learning the craft of qualitative research Interviewing*. 2ª ed. Thousand Oaks: SAGE; 2009.
27. Aguiar DV. *Oferta de serviços especializados em reabilitação no âmbito da rede de cuidados à pessoa com deficiência: análise do perfil dos estabelecimentos e cobertura regional entre 2012 e 2017* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018.
28. Albuquerque MSV, Lyra TM, Melo APL, Valongueiro SA, Araújo TVB, Pimentel C, Moreira MCN, Mendes CHF, Nascimento M, Kuper H, Pen-Kekana L. Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. *Health Policy Plan* 2019; 34(7):499-507.
29. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). *NBR 9050. Acessibilidade de Pessoas com Mobilidade Reduzida às Edificações, Espaços e Equipamentos Urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT; 2015.
30. Martins KP, Medeiros TM, Costa TF, Costa KNFM, França ISX. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Rev Pesq Cuid Fundam* 2018; 10(4):1150-1155.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ciência e Tecnologia. *Pesquisa “CERBRASIL: Avanços, Desafios e Operacionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)”*. Brasília: MS; 2020.
32. Accioly D. *Governo quer cortar R\$ 81,8 bilhões em despesas nos ministérios* [Internet]. Senado Notícias; 2020. [acessado 2022 jul 11]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/09/01/governo-quer-cortar-r-81-8-bilhoes-em-despesas-nos-ministerios>.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019 - Ciclos de Vida*. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
34. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):941-951.
35. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima LD. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4527-4540.
36. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saude Debate* 2020; 43(5):58-70.
37. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saude Soc* 2013; 22(1):223-236.
38. Melo EA, Gomes GG, Pereira PHB, Carvalho JO, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis* 2021; 31(1):e310109.
39. Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, Silva IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1257-1267.
40. Albuquerque MSV, Morais HMM, Lima LP. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1825-1834.

Artigo apresentado em 28/09/2022

Aprovado em 25/10/2022

Versão final apresentada em 27/10/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva