

Acesso de pessoas com deficiência a serviços públicos de saúde: contribuições de um estudo na região do Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo

Access to public health service for persons with disabilities: contribution from a study conducted at the region of Vale do Paraíba and the North Coast of São Paulo State

Fatima Corrêa Oliver¹, Maria do Carmo Castiglioni², Maria Elizabeth Sartorelli³,
Maria Elisabete Lopes⁴, Eucenir Fredini Rocha⁵

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e205129>

Oliver FC, Castiglioni MC, Sartorelli ME, Lopes ME, Rocha EF. Acesso de pessoas com deficiência a serviços públicos de saúde: contribuições de um estudo na região do Vale do Paraíba e Litoral Norte do estado de São Paulo Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e205159.

RESUMO: O acesso de pessoas com deficiências em 63 serviços de 12 municípios do Vale do Paraíba e Litoral Norte de São Paulo foi avaliado em estudo exploratório, com desenho quali-quantitativo realizado entre 2008 e 2010. Foi utilizado roteiro de observação da recepção dos serviços, 63 entrevistas estruturadas com seus responsáveis e 596 com usuários, sendo 57 pessoas com deficiência, resultando na caracterização de serviços, equipes, atividades assistenciais, turnos de funcionamento, agendamento, transporte, usuários com deficiência, motivos de procura, tempo de espera e acolhimento. Constatou-se como facilitadores do acesso a proximidade do domicílio, a presença da estratégia de saúde da família, de profissionais de reabilitação e o tempo de espera reduzido. Os fatores dificultadores foram a exigência do agendamento com a presença do usuário ou representante, a ausência ou dificuldades no transporte público em 41% dos municípios, a ausência de transporte adaptado em 75% deles, a existência de barreiras ambientais e a prevalência de assistência de caráter biomédico e poucas ações reabilitacionais nos serviços de atenção básica. Conclui-se que é fundamental que as políticas considerem essas especificidades para garantir o direito à saúde desse grupo populacional.

PALAVRAS CHAVES: Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Pessoa com deficiência; Política de saúde; Direito à saúde.

Oliver FC, Castiglioni MC, Sartorelli ME, Lopes ME, Rocha EF. Access to public health service for persons with disabilities: contribution from a study conducted at the region of Vale do Paraíba and the North Coast of São Paulo state. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.;32(1-3):e205129.

ABSTRACT: Access for disabled persons in 63 services of 12 municipalities in Vale do Paraíba and São Paulo's North Coast was evaluated in an exploratory study, with a quali-quantitative design carried out 2008 - 2010 with observation guidelines of service reception, 63 structured interviews with the people in charge and with 596 users, 57 being disabled persons, resulting in a characterization of the service provided, personnel, assistential activities, working shifts, scheduling, transportation, disabled users, reasons for requiring the services, waiting time and reception. Access facilitators were the proximity to the homes, healthcare strategies in the families, rehabilitation professionals and reduced waiting time. Complicating factors were the mandatory presence of the users or their representatives at scheduling, the absence of or difficulties with public transportation in 41% of the municipalities, the absence of adapted transportation in 75% of them, the existence of environmental barriers and the predominance of biomedical assistance and few rehabilitation actions in the basic care services. It was concluded that it is essential for policies to take such specificities into consideration in order to guarantee the right to health care of this population group.

KEYWORDS: Healthcare service evaluation; Access to health service; Disabled persons; Health policies; Right to health care.

1. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, São Paulo, SP. Terapeuta ocupacional. <https://orcid.org/0000-0002-7288-8921>.
2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, São Paulo, SP. Terapeuta ocupacional. <https://orcid.org/0000-0002-3675-9938>
3. Assistente Social, especialista em Administração de Serviços de Saúde pela Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, SP. <https://orcid.org/0000-0002-0167-6972>
4. Prefeitura do Município de São Paulo. Arquiteta, doutora em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade de São Paulo. <https://orcid.org/0000-0001-8735-7659>
5. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, São Paulo, SP. Terapeuta ocupacional. <https://orcid.org/0000-0003-1689-1795>. E-mail: eucenir@usp.br

Endereço para correspondência: Fatima Corrêa Oliver. Rua Cipotânea, 51 - Cidade Universitária. São Paulo, SP, CEP: 05360-160. E-mail: fcoliver@usp.br

INTRODUÇÃO

O estudo caracterizou acesso a serviços de saúde na região do Vale do Paraíba no Estado de São Paulo, no período entre 2008 a 2010.

A divulgação dos resultados, em 2022, pretende contribuir para o debate, em razão da abrangência da pesquisa e da importância dos resultados obtidos.

A intenção é favorecer o reconhecimento dos desafios colocados para a construção de acesso a políticas de saúde.

O direito das pessoas com deficiência a acessar os serviços de saúde como política pública é proposto como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolveria uma atenção qualificada para superar modelos assistenciais paternalistas e filantrópicos presentes na assistência dessa população no país.

Esse direito só é garantido se as condições que permitem o acesso aos serviços constituírem um modelo assistencial ético e equânime, pautado em princípios de inclusão social e respeito aos direitos humanos¹.

As pessoas com deficiência têm problemas de saúde associados, e que, necessidade de serviços de saúde já apresentada e discutida por Bowers², Bezerra³, por Elrod e DeJong⁴ e por Gulley e Altman⁵ acrescenta-se a necessidade de garantir a equidade, como diretriz política da atenção à saúde, de modo a diminuir as desigualdades ou injustiças no acesso à saúde^{6,7}.

Em diálogo com os trabalhos de Frenk⁸, Hortale et al.^{9,10} e Castro et al.¹¹ que discutem acesso aos serviços de saúde considera-se, aqui, três níveis de fenômenos determinantes do acesso das pessoas com deficiência aos serviços: 1. Organização dos serviços e inserção de ações de reabilitação, em diferentes níveis de atenção, presença de trabalhadores preparados, espaços, equipamentos e materiais adequados à atenção, tempo para o atendimento, preparo e organização da agenda; 2. Articulações intersetoriais para fomentar o acesso, como a presença de transporte público adaptado, eliminação de barreiras arquitetônicas nos serviços e nos seus entornos, disponibilização de equipamentos de ajuda e de órteses e próteses, apoio do sistema de assistência social entre outros setores e 3. Redefinição da dimensão epistemológica-conceitual do modelo assistencial, ou seja, superar a concepção de que ações de reabilitação são exclusivas e primordialmente desenvolvidas em serviços especializados e considerá-las como um conjunto de ações

articuladas nos territórios de abrangência dos serviços, o que implica diretamente no acesso da população com deficiência aos mesmos⁷.

Desde a instalação do SUS persiste a necessidade de construir uma política específica consoante com suas diretrizes éticas e princípios organizativos. Para tanto, em 1993, o Ministério da Saúde¹² publicou um documento que defende que a atenção à pessoa com deficiência seja compreendida nos aspectos gerais de saúde e não somente reabilitacionais e que os serviços de reabilitação devem estar inseridos no SUS como um conjunto de ações hierarquizadas e regionalizadas e realizadas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção.

O documento inspirou a implantação de serviços municipais no país com ações de saúde e reabilitação. Municípios da região do Vale do Paraíba e Litoral Norte no estado de São Paulo^{13,14}, foram exemplos dessa iniciativa.

Este artigo apresenta parte de estudo financiado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência e Tecnologia/ Brasil e pretende contribuir para reconhecer condições de acesso de pessoas com deficiência ao SUS. Nele foram avaliados acesso e acessibilidade de pessoas com deficiência a serviços de saúde de todos os níveis de atenção de 12 municípios da região do Vale do Paraíba e do Litoral Norte do Estado de São Paulo.

Os resultados trazem fatores facilitadores e dificultadores¹⁵ do acesso dessa população aos serviços de saúde em geral, exceto aqueles relativos a barreiras arquitetônicas e ambientais, objeto de outro artigo.

Espera-se contribuir para o debate e o enfrentamento de desigualdades na assistência e no acesso a direitos¹, temas com os quais o Brasil se comprometeu pela adesão à Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, celebrada em 2006 e promulgada pelo país em 2009¹⁶.

CONTEXTO DO ESTUDO

Segundo o Censo de 2010, os municípios participantes do estudo, tinham população de 1.156.277 habitantes, 2,8% dos habitantes do Estado de São Paulo¹⁷ (Quadro 1). Trata-se de uma região em crescimento econômico, com particularidades culturais e geográficas, com desempenho heterogêneo no Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDHM, 2010)¹⁸.

Quadro 1 – Municípios segundo população, atividade econômica e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010

Município	No. habitantes Censo 2010	Pessoas com deficiência Censo 2010	% Pessoas com deficiência Censo 2010	Atividade econômica	IDHM 2010	Posição no país 2010
São José dos Campos	629.921	41.634	6,61	Industrial	0,807	24
Caçapava	84.752	6.579	7,76	Industrial	0,788	76
Jacareí	211.214	15.848	7,50	Industrial	0,777	157
Caraguatatuba	100.840	8.573	8,45	Turismo	0,759	383
São Sebastião	73.942	4.575	6,19	Turismo Petróleo	0,772	210
Santa Branca	13.763	1.377	10,00	Agropecuária	0,735	897
Ubatuba	78.801	6.016	7,63	Turismo	0,751	526
Ilhabela	28.196	1.553	5,51	Turismo	0,756	440
Jambeiro*	5.349	289	5,40	Agropecuária	0,756	440
Monteiro Lobato	4.120	449	10,91	Agropecuária	0,710	1.595
Paraibuna*	17.388	1.260	7,25	Agropecuária	0,719	1.331
Igaratá	8.831	846	9,58	Agropecuária	0,711	1.574
Estado de São Paulo	41.262.199	3.008.617	7,29			

Fonte: elaboração própria a partir de dados de FIBGE (2010)¹⁷ PNUD (2010)¹⁸

*Municípios com industrialização incipiente nos anos 2000

Em 2010, as posições no IDHM no país variavam da 24^a. posição para São José dos Campos à 1595^a. posição para Monteiro Lobato.

Entre 2000 e 2006, a Direção Regional de Saúde de São José dos Campos - Secretaria da Saúde - São Paulo – (DIR XXI – SES/SP), e os municípios elaboraram a *Política Regional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência*¹⁴, que estimulou a organização de assistência em serviços de diferentes níveis de complexidade, interdependentes e complementares, com atendimento especializado de reabilitação e integrado à atenção básica, através das equipes de saúde da família e da inserção de profissionais de reabilitação nos diferentes níveis de atenção.

Para a implantação da política regional, os gestores locais realizaram cursos, oficinas e debates sobre o tema

deficiência para envolver cognitiva e afetivamente os profissionais de saúde. O objetivo final era efetivar o acesso dessa população considerando os imperativos do SUS.

No período de 2006 a 2009¹⁹, a atenção básica, com forte presença da Estratégia da Saúde da Família (ESF), se consolidou na maioria dos municípios da região (Tabela 1), exceto São José dos Campos que não aderiu à ESF. Em relação à assistência de nível secundário, os municípios descobertos por especialidades médicas eram Igaratá, Jambeiro e Monteiro Lobato. Não possuíam Unidades de Pronto Atendimento: Caçapava, Caraguatatuba, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e Ubatuba. As Unidades Especializadas estavam presentes em 4 municípios: São José dos Campos (4); Jacareí (2); São Sebastião (2) e Caraguatatuba (1). (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização das Unidades Básicas de Saúde, segundo presença de especialidades médicas, categorias profissionais, transporte no serviço e tempo de espera

Município	No. UBS	Tipo de UBS					Profissionais N= 454					Tipo de Transporte N = 37			Tempo de espera (minutos) N=37								
		Trad	ESF	PACS	Med*	Enf	Od	Psico	ASocial	Farma	Fisio	Fono	TO	Nutri	Outros	Não possui	Usa a central	Sem espera	5	15	30	40	Mais 60
Caçapava	2	-	2	-	27	9	6	2	1	2		1	1	1	-	2	-	-	-	1	-	-	1
Caraguatatuba	4	-	4	-	19	12	6	2			1				-	4	-	4	-	-	-	-	-
Ilhabela	2	-	2	-	4	2	4	2	2						-	2	-	-	1	-	-	-	1
Jacaré	4	3	1	-	22	3	7	4	1			2	3	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-
Jambeiro	1	-	1	-	12	2	-	-	1			2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Monteiro Lobato	1	-	1	-	7	2	3	1	1		1				-	1	-	-	-	-	-	-	1
Paraibuna	1	-	1	-	15	6	2	4	1	2	4	3	2		-	1	-	1	-	-	-	-	-
Santa Branca	1	-	1	-	9	4	4	2	1	1	3	2			-	1	-	-	1	-	-	-	-
São José dos Campos	10	7	-	3	76	26	24	3				1	10	-	-	-	-	4	1	2	2	3	3
São Sebastião	6	1	5	-	20	9	8	7	6	3	2	1	2	1	5	1	-	4	-	-	-	-	1
Ubatuba	5	-	5	-	12	10	2	1	1			4	1	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-
Total	37	11	23	3	223	85	66	25	14	9	10	8	4	3	7	22	10	5	3	19	2	3	7
		(100,0)	(29,8)	(62,0)	(8,1)	(49,1)	(18,7)	(14,6)	(5,5)	(3,1)	(2,0)	(1,7)	(0,9)	(0,7)	(1,5)	(59,5)	(27,0)	(13,5)	(8,1)	(51,4)	(5,4)	(8,1)	(19,0)

II UBS com Pronto Atendimento; μ UBS com Unidade Móvel; Ω uma UBS com Laboratório Clínico

*Foram encontradas 17 especialidades médicas a saber: clínicos gerais (67), pediatras (48), ginecologistas (39), ortopedistas (6), psiquiatras (5), médicos de família (25), neurologistas (7), oftalmologistas (2), cardiologistas (6), urologistas (1), infectologistas (1), otorrinolaringologistas (1), dermatologistas (3), gastroenterologistas (1), endocrinologistas (4), reumatologistas (1), geriatra (1) e outras especialidades (6) num total de 223 médicos nesses serviços

Fonte: elaboração própria

Tabela 2 – Caracterização dos Centros de Especialidades e Unidades Especializadas, Unidade Hospitalar, Unidades Mistas e Pronto Atendimento, segundo especialidades médicas, categorias profissionais, transporte no serviço e tempo de espera

Município	Serviços Especializados Mistos Pronto Atendimento e Hospitalares	Especialidades Médicas	Categoria Profissional N=547										Tipo de Transporte N=26			Tempo de espera N=25*					
			Med	Enf	Od	Psico	ASocial	Farma	Fisio	Fono	TO	Nutri	Outros	Não possui	Possui central	Usa a central	5 min	15 min	30 min	40 min	Mais de 1 h
Caçapava	U Reabilitação	-	1	1	-	1	-	9	3	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Caçapava	Hosp Geral	8	20	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Igaratá	U. Mista	5	8	3	3	1	-	1	2	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Ilhabela	Hosp Geral	2	33	8	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Caraguatatuba	U Mol Infeciosas	3	4	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Caraguatatuba	C Especialidades	11	19	2	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Caraguatatuba	CAPSII	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Caraguatatuba	U Reabilitação	1	2	-	-	1	1	-	8	2	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Jacaré	C Especialidades	14	59	2	-	2	1	1	4	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Jacaré	CAPSII	1	2	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Jacaré	Lab. Análises	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Jacaré	Hosp Geral	14	39	22	-	2	4	1	4	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Jacaré	Amb Acomp Bebês	1	1	-	-	1	1	1	3	4	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Jacaré	UPA Infantil	1	19	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SJ Campos	ResidTerapêutica*	1	1	-	-	1	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SJ Campos	CAPS AD	2	2	3	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SJ Campos	U Reabilitação	1	1	-	-	-	1	-	3	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SJ Campos	U Saúde Mental	1	3	1	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SJ Campos	Hosp. Psiquiátrico	2	12	5	-	3	1	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SSebastião	C Especialidades	12	20	2	-	2	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SSebastião	C Incentivo Aleitamento	1	2	1	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SSebastião	U Mol Infeciosas	1	3	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SSebastião	C Odontológico	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SSebastião	Hosp Geral	12	62	10	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
SSebastião	PA	1	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Ubatuba	U. Mista	3	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Total	26 (100,0)		322 (58,8)	73 (13,3)	18 (3,29)	28 (5,1)	24 (4,4)	12 (2,2)	35 (6,4)	16 (2,9)	10 (1,8)	5 (0,9)	5 (0,9)	9 (34,6)	16 (61,6)	1 (3,8)	14 (4,0)	3 (56,0)	2 (8,0)	5 (20,0)	

* Serviço em que não se aplica tempo de espera, totalizando 25 serviços estudados

Fonte: elaboração própria

Exceto Igaratá e Monteiro Lobato, os demais municípios possuíam ao menos 1 (hospital geral público ou filantrópico conveniado ao SUS, com maior concentração em São José dos Campos (4) e Jacareí (2).

METODOLOGIA

Neste estudo avaliativo de caráter exploratório foram realizadas entrevistas estruturadas com os responsáveis pelos serviços e com usuários e, observação do funcionamento do acolhimento dos serviços

Participaram do estudo 63 serviços, 30% do total de 211 serviços públicos existentes nos 12 municípios. Os 63 serviços representaram a rede assistencial e foram escolhidos junto em parceria com representantes da gestão local, considerando-se seus níveis de atenção e a receptividade à realização da pesquisa.

Foram pesquisadas 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 16 unidades com serviços especializados (Especialidades Médicas, Reabilitação, Odontologia, Saúde Mental, Doenças Infecto-Contagiosas) e 10 Unidades Hospitalares (Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Mistas, ambulatórios de Hospitais Gerais e Especializados).

Nos hospitais gerais e especializados a coleta de dados foi realizada nos ambulatórios especializados e/ou cirúrgicos. As áreas de internação não foram visitadas, por não serem porta de entrada dos usuários.

O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) aprovou o desenvolvimento do estudo e o consentimento informado foi assinado pelos participantes.

As entrevistas com os 63 responsáveis pelos serviços trataram sobre características de acesso como: horário de funcionamento, composição da equipe de profissionais e sua formação, atividades assistenciais desenvolvidas, área de abrangência, população de responsabilidade, acesso geográfico, disponibilidade de transporte no município e no serviço, pessoas com deficiências atendidas e suas características, despesas realizadas pelos usuários e as relações com outros serviços da região.

O roteiro de observação sobre aspectos específicos da rotina de um dia de funcionamento da unidade foi aplicado por pesquisador que durante 8 horas, verificou a dinâmica de acolhimento dos usuários, o tempo de espera, as características do agendamento, os horários e turnos de funcionamento, a presença de pessoas com deficiências no acolhimento, características do acolhimento dos usuários, em especial das pessoas com deficiências e suas famílias, modos como a demanda era organizada, aspectos relacionais envolvendo funcionários e usuários e respostas às demandas.

As entrevistas com os usuários (596), cerca de 10 por unidade, excetuando-se aquelas menores, pela dimensão de sua equipe e população de referência, trataram sobre os motivos de procura dos serviços, problemas de saúde para os quais se buscava solução no serviço, se a pessoa tinha ou não problemas de saúde, se era acompanhante ou não, se era a primeira vez que buscava o serviço, se veio encaminhado por outro serviço, se foi atendido na demanda. Os usuários e/ou acompanhantes foram abordados antes de entrarem nos serviços, durante o dia de observação dos mesmos. Ao mesmo tempo, a clientela foi caracterizada quanto à idade, sexo e presença de deficiência.

O registro das informações de observação utilizou roteiros específicos, submetidos a pré-teste. Todos os dados foram registrados em banco de dados seguidos de análise descritiva apresentados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações reunidas e analisadas são apresentadas em relação aos serviços de atenção básica, centros de especialidades, unidades hospitalares, mistas e pronto atendimento. A seguir são expostos dados e reflexões sobre composição das equipes e formação dos profissionais, turnos de funcionamento dos serviços, agendamento, transporte, perfil da população usuária com deficiência e tempo de espera e acolhimento.

Serviços de atenção básica

Das 37 UBS estudadas, a maior parte possuía ESF e outras eram UBS tradicional (Tabela 1), com menor representação daquelas com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), situadas em São José dos Campos, município que não desenvolvia a ESF.

As UBS contavam com 454 profissionais de nível superior. Todas tinham médicos, três não dispunham de enfermeiros e oito não contavam com odontólogos. Em nove UBS havia especialidades médicas, conforme apresentado na Tabela 1.

Cerca de 50% dos profissionais eram médicos, abrangendo 17 especialidades. Dos profissionais não médicos havia 18,7% de enfermeiros, 14,6% de odontólogos, 4,2% entre farmacêuticos, nutricionistas e outros. Em proporção menor havia 61 profissionais de nível superior que costumavam desenvolver ações junto a pessoas com deficiência, ou seja, 13,4% do total dos profissionais, assim distribuídos: 25 psicólogos em 8 municípios, 14 assistentes sociais em 8 municípios; 10 fisioterapeutas em 4 municípios; 8 fonoaudiólogos

em 4 municípios e 4 terapeutas ocupacionais em 3 municípios. Vale ressaltar a distribuição desigual dos mesmos nos 12 municípios.

A entrega de medicação e coleta de exames era realizada em 78,3% das UBS.

Observou-se que em cerca de 60% das UBS havia espera de até 5 minutos e quase 20% de mais de uma hora (Tabela 1). Em algumas unidades, o tempo de espera coincidia com maior número de especialidades médicas.

Em relação às modalidades assistenciais realizadas no domicílio, entre as 37 UBSs, 75% realizavam atendimento médico, 86,5% atendimento de enfermagem 18,9% atendimento de serviço social, 8,1% atendimento odontológico, 8,1% atendimento de fisioterapia, 5,4% atendimento de fonoaudiologia, 2,7% dos serviços atendimento de terapia ocupacional. Nenhum dos serviços que dispunha de atendimento em nutrição (5) e psicologia (18) realizava atendimento domiciliar.

O apoio do serviço social estava presente apenas em 37,8% das UBSs sugerindo a prevalência da perspectiva biomédica no cuidado na Atenção Básica.

Atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional eram realizados em poucas UBS, sugerindo incorporação restrita dessas práticas na Atenção Básica.

Mesmo nas UBS que contavam com a ESF prevaleciam atividades assistenciais ambulatoriais, realizadas por profissionais de reabilitação e de saúde mental, em vez de atendimentos domiciliares. Assim, os usuários deveriam se deslocar, de modo autônomo, até os equipamentos de saúde.

Centros de Especialidades, Unidades Especializadas, Unidades Hospitalares, Mistas e de Pronto Atendimento

Os 26 serviços de nível secundário e terciário estudados contavam com cerca de 60% de seus profissionais de nível superior na categoria médica, ou seja, 322 profissionais do total de 547 alocados nesses serviços (Tabela 2). Dos profissionais não médicos 13,3% eram enfermeiros, 3,29% eram odontólogos, 2,2% farmacêuticos e 1,8% era composto de nutricionistas e outros profissionais.

Entre os profissionais de nível superior, 20,6% do total, ou seja, 113 deles eram psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, que tradicionalmente costumam desenvolver ações voltadas às pessoas com deficiência. A distribuição desses profissionais revelou: 28 psicólogos em 17 municípios, 24 assistentes sociais em 19 municípios; 35 fisioterapeutas em 9 municípios; 16 fonoaudiólogos em 8 municípios e 10 terapeutas ocupacionais em 9 municípios. A maior concentração desses profissionais estava nos serviços de reabilitação de pessoas com deficiência, (18,8% do total dos serviços).

O tempo de espera para atendimento na recepção dos serviços foi semelhante ao que ocorria nas UBS, ou seja, em cerca de 60% deles havia espera de até 5 minutos e em mais de uma hora em quase 20%, com maior espera nos serviços hospitalares.

Composição das equipes e Formação dos profissionais

Nas unidades estudadas atuavam 1001 profissionais de nível universitário, 45,3% pertenciam às UBS, 23,2% estavam em Centros de Especialidades e Unidades Especializadas e 31,5% se concentravam em Unidades Hospitalares, Unidades Mistas e de Pronto Atendimento.

As especialidades médicas foram descritas no item atividades da atenção básica e dos serviços de nível secundário e terciário.

Observou-se que 21,4% dos enfermeiros eram especialistas em saúde pública/saúde coletiva, 17,2% em saúde da família, 8,3% em ginecologia e obstetria, 6,9% em UTI, 3,5% em administração hospitalar e 11,8% em outras especialidades, 43,4% não informaram nenhuma formação especializada.

Em relação aos fisioterapeutas 6,7% eram especialistas em ortopedia e reumatologia, 6,7% em neurologia, 6,7% em saúde pública, 4,4% em acupuntura, 2,2% em pneumo-cardiologia e 6,7% em outras e 66,7% não declararam nenhuma especialidade.

Já os fonoaudiólogos, 12,5% eram especialistas em audiologia, 12,5% em neurologia, 8,3% em linguística, 8,3% em saúde pública, 4,2% em comunicação e 4,2% em psiquiatria e 50,0% não apontaram nenhuma especialização.

Quanto aos terapeutas ocupacionais, 14,2% eram especialistas em psiquiatria e saúde mental, 7,2% em educação especial, 7,2% em neurologia, 7,2% em saúde pública e 7,2% em geriatria/gerontologia e 57,1% não especificaram nenhuma especialização.

Os dados indicam a necessidade de uma política de educação permanente para fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais pois mais de 50% não tinham nenhuma especialização.

Turnos de funcionamento

Entre as 63 unidades estudadas, 46% funcionavam manhã e tarde sendo 29 UBS. Do total das UBS, 8 atendiam também entre 19 e 21 horas.

E apenas uma unidade especializada realizava atendimento até às 20 horas. As demais unidades (Unidades Mistas, Pronto Atendimento e Hospitalares) tinham atendimento 24 horas.

Possibilidades de Agendamento

As modalidades de agendamento do usuários nos serviços eram: busca espontânea e ativa (27%); através de outras iniciativas do próprio usuário, familiares ou amigos, com o apoio dos agentes comunitários de saúde (24%); pessoalmente e por telefone (19%); pessoalmente, por telefone e através do agente comunitário de saúde (9%) ou através de encaminhamentos entre os serviços (21%). Observa-se que prevaleceu a necessidade da presença do usuário ou de algum representante para garantir sua inserção nas atividades dos serviços.

A ampliação do acesso ocorreu quando se associou o agendamento realizado pessoalmente, por telefone e/ou pelos Agentes Comunitários de Saúde. Cabe ressaltar que a ESF, é um facilitador do acesso, pois aproxima os profissionais dos usuários nas suas comunidades e domicílios. Assim, para as pessoas com restrição de mobilidade, o apoio do serviço é fundamental para garantir a possibilidade de assistência. Outro aspecto essencial é que os municípios têm inúmeras barreiras geográficas, como montanhas, rios, mar e outros obstáculos naturais que dificultam o acesso.

Possibilidades de transporte

A existência de transporte público disponível¹⁹, e adaptado para todas as pessoas, nas diferentes regiões dos municípios, é essencial para acesso aos serviços de saúde. Os municípios industrializados exigem grandes deslocamentos e, portanto, necessitam de uma rede de transporte pública organizada e acessível²⁰. Os municípios que possuem área rural extensa e aqueles do litoral que estão em uma região montanhosa, com barreiras geográficas importantes necessitam de transporte alternativo. Assim, o acesso a serviços de saúde e a oportunidades de cuidado relaciona-se à disponibilidade de transporte adaptado. Dos 12 municípios estudados 7 (59%) contam com transporte público, somente 3 desses tinham transporte público adaptado e apenas um possuía transporte especial. Dentre os municípios, 5 não contavam com nenhum tipo de transporte²¹.

O transporte público adaptado para pessoas com mobilidade reduzida e o transporte especial disponíveis foram fruto de conquista social, resultado da mobilização das pessoas através de conselhos de saúde e de direitos, desde os anos de 1990. Cabe ressaltar que em um dos municípios, desde 1999, o transporte adaptado contava com 12 vans e 8 micro-ônibus, todos adaptados com rampa e elevadores

de acesso. Eram realizadas em média 15 viagens por carro ao dia. 1570 pessoas eram credenciadas para utilizar o serviço²¹. Em outro município havia 13 linhas de ônibus com veículos adaptados, garantidos em licitação.

Apenas um município instalou botoneiras sonoras em semáforos da cidade. O equipamento emite voz e som de bip e proporciona maior segurança aos pedestres, especialmente os que têm deficiência visual.

Nos municípios com o menor número de habitantes, grande área rural e economia agropecuária, não há transporte público. No entanto, oferecem a todos usuários acesso aos equipamentos de saúde (local ou regional), por meio de ambulâncias, carros oficiais, vans e microônibus.

O transporte público especial existia somente em dois municípios, que cadastravam as pessoas com deficiência para isenção de tarifa no transporte público municipal.

As ambulâncias estão presentes em 30% dos serviços estudados, incluindo a disponibilidade de “ambulanchas” e de transporte marítimo e fluvial, como barcos e canoas para as comunidades tradicionais em algumas regiões nos municípios de Ilhabela e de Paraibuna, o que significa a realizar trajetos de 2 a 4 horas de duração. 28,6% (n=18) transportam usuários nos municípios, 19% (n=12) transportam usuários para fora do município e 1% (n=1,4) recorre a transporte escolar para acesso de usuários dos serviços de saúde.

Perfil da população com deficiência usuária atendida

Todas as unidades especializadas referiram terem atendido pessoas com deficiência motora; 88,9% atenderam pessoas com deficiência intelectual; 72,3% atenderam pessoas com deficiência visual; 88,9% atenderam deficiência auditiva e 22,3% atenderam outras deficiências. Distribuição semelhante para as unidades hospitalares de pronto atendimento.

Foram entrevistadas 596 pessoas nos 63 serviços estudados, a maior parte delas eram usuários de serviços dos municípios de maior porte e que também contavam com rede de serviços de maior complexidade organizacional.

Entre os entrevistados 7,9% se declararam com alguma deficiência ou incapacidade e 1,7% eram acompanhantes de pessoas com deficiências que não foram entrevistadas, totalizando 57 pessoas. Esse total representa 9,6% da população entrevistada, o que está próximo das estimativas de prevalência de deficiência das organizações internacionais, que apontam cerca de 10% da população em geral com algum tipo de deficiência.

Como é comum em pesquisas em saúde, 71,1% das pessoas entrevistadas eram do sexo feminino, enquanto que entre as pessoas com deficiências 49,1% eram do sexo masculino.

A caracterização dos entrevistados por faixa etária indicou que entre os 40 e 59 anos estão 37% das pessoas sem deficiências e 43,9% das pessoas com deficiências. Por outro lado, entre as pessoas sem deficiências 12,3% tinham entre 60 e 89 anos, o que entre as pessoas com deficiência representava 36,8%. Parece haver uma tendência dos serviços serem acessados por pessoas com deficiência mais velhas, mesmo que 37 dos serviços estudados tenham sido UBS, assim como afirmam Souza e Carneiro²² em seu estudo sobre perfil de pessoas com deficiências na cidade de Betim.

No que diz respeito ao tipo de deficiência ou incapacidade apresentado pelos entrevistados observa-se que 90% não declararam deficiência ou incapacidade. Entre todos os entrevistados 4,3% referiram deficiência motora, 1,1% deficiência intelectual, 1,7% deficiência visual, 0,7% deficiência auditiva e 1,7% outras deficiências tais como síndromes e quadros a esclarecer. Chama a atenção o fato de pequeno número de pessoas entrevistadas apresentarem deficiência intelectual, uma vez que nos estudos censitários essa é a deficiência com maior prevalência na população.

Entre as 25 pessoas com deficiência motora entrevistadas, 16 foram em serviços especializados (centros de especialidades, de reabilitação e de atenção psicossocial). Nas UBS foram entrevistadas seis pessoas e em hospitais gerais apenas três pessoas com deficiência motora. Isso pode sugerir dificuldade de acesso das pessoas com deficiência aos serviços de atenção primária ou ainda a existência de alternativas diferenciadas de cuidados a essa população, através da ESF.

Entre as 7 pessoas com deficiência mental, quatro foram entrevistadas em serviços de atenção em saúde mental e apenas uma em UBS, o que pode significar dificuldade de acesso, talvez por barreiras psicossociais e pela tradição de assistência em saúde e reabilitação em serviços especializados.

Entre as pessoas com deficiência auditiva, percebe-se maior acesso a UBS e serviços especializados.

Entre as pessoas com deficiência visual, três foram entrevistadas em UBS, duas em hospital geral, duas em unidades especializadas e uma em unidade de apoio a diagnóstico, o que sugere maior mobilidade do segmento entre os diferentes níveis de atenção do sistema.

Tanto as pessoas com deficiência auditiva como as com deficiência visual têm maior acesso aos serviços

de atenção primária, o que não ocorre entre aqueles com deficiência motora e intelectual.

Dentre as nove pessoas que declararam possuir outras deficiências, duas foram entrevistadas em UBS, três em serviços de saúde mental, duas em unidades especializadas, uma pessoa em Unidade de Pronto Atendimento e, por último, uma no Laboratório de Análises Clínicas. Dentre as três pessoas que declararam possuir múltiplas deficiências, duas foram encontradas em UBS e uma pessoa em um serviço de saúde mental.

As pessoas entrevistadas foram questionadas sobre a existência de problemas de saúde. Cerca de 70% das pessoas com deficiência responderam positivamente identificando o serviço de saúde como o local legítimo no acompanhamento dos seus problemas e 45% das pessoas sem deficiências afirmaram o mesmo.

Em torno de 16%, tanto das pessoas com e sem deficiência, utilizavam os serviços de saúde pela primeira vez. Ou seja, cerca de 80% dos entrevistados estão vinculados aos serviços que utilizam, possivelmente realizavam acompanhamento de seus problemas de saúde, o que sugere adesão e acesso. Também se pode considerar que as pessoas com deficiência usavam os serviços de saúde de forma semelhante ao restante da população, o que é um dado positivo sobre acesso ao conjunto dos serviços estudados.

Os motivos que levaram as pessoas entrevistadas a buscarem o serviço de saúde no dia da entrevista foram consulta marcada, tentar consultas sem agendamento, fazer exames, fazer atendimento de enfermagem ou ainda marcar consulta (Tabela 3).

Entre as pessoas com deficiências outros motivos foram atividades em grupo e fisioterapia.

Os entrevistados também foram indagados sobre o período em que seu atendimento foi agendado e informaram que 39,6% dos atendimentos foram marcados no dia da entrevista. Entre as pessoas com deficiência esse percentual é de 26,3% e entre as sem deficiências é de 41,2%, o que pode sugerir mobilidade das pessoas sem deficiências no acesso aos serviços e talvez menor acesso das pessoas com deficiência a atendimentos eventuais. Os atendimentos agendados há uma semana foram informados por 22,8% das pessoas com deficiências e entre as pessoas sem deficiências esse percentual é menor (15,2%). Nos atendimentos agendados há um mês, observa-se que as pessoas sem deficiência têm maior percentual (13,1%) do que as com deficiências (8,8%), relação que é inversa naqueles atendimentos agendados há dois meses, que significam 10,5% das pessoas com deficiência e 5,6% das pessoas sem deficiência.

Tabela 3 – Motivos* de procura pelos serviços

Motivos	Pessoas com deficiência		Pessoas sem deficiência		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consulta Marcada	23	37,1	203	36,7	226	36,7
Tentar atendimento no DIA	7	11,4	70	12,6	77	12,6
Enfermagem	3	4,8	71	12,8	74	12,0
Acompanhante	3	4,8	48	8,7	51	8,3
Marcar consulta	3	4,8	35	6,3	38	6,3
Administrativos	2	3,2	32	5,8	34	5,5
Fazer exames	4	6,5	29	5,2	33	5,3
Atestados, laudos, receitas, remédios	2	3,2	30	5,4	32	5,2
Atividades em grupo	5	8,1	17	3,1	22	3,5
Marcar Exames	2	3,2	6	1,1	8	1,3
Fisioterapia	5	8,1	3	0,5	8	1,3
Tratamento em saúde mental	2	3,2	4	0,7	6	1,0
Pedir informação	-	-	5	0,9	5	0,8
Dentista	1	1,6	-	-	1	0,1
Participar no conselho gestor	-	-	1	0,2	1	0,1
Total	62	100,0	554	100,0	616	100,0

* A pergunta previa resposta múltipla

Fonte: elaboração própria

Tempo de espera e acolhimento

Um dos aspectos observados durante as visitas aos serviços foi a organização e o desenvolvimento do atendimento, no momento de entrada do usuário no equipamento de saúde. Chamou atenção a presença de filas para o atendimento em 39,7% (n=25) dos 63 serviços observados em contrapartida a 60,3% (n=38) de serviços sem filas.

Entre os serviços com filas havia 16 UBS, 1 Unidade Mista, 3 Centros de especialidades, 1 Centro de Reabilitação e 2 Hospitais.

O tempo de espera foi observado durante as visitas dos pesquisadores aos serviços (Tabela 2). O tempo que o usuário levou para ser atendido na recepção do serviço é um fator importante na qualidade do acesso aos serviços. Cerca de 51% dos serviços tinham espera de 5 minutos para atendimento pela recepção e 21,9% deles com espera de mais de uma hora.

Em relação às UBSs (Tabela 1) observa-se que 54% das unidades estudadas têm tempo de espera de cinco minutos para atendimento, 16,2% tinham espera de mais de uma hora e 8,1% realizaram atendimento sem espera. Quando se associa 30 minutos ou mais de espera, encontrou-se 32,4% das unidades básicas de saúde, o que é considerado um tempo grande para aguardar o atendimento.

Chama a atenção o fato de que todas as UBS de três municípios tinham tempo de espera de 5 minutos, o que favorece o acolhimento desenvolvido, o acesso aos serviços e a adesão das pessoas acompanhadas.

O tempo de espera nos Centros e Unidades Especializadas para cerca de 70% dos serviços era de 5 minutos (Tabela 2). Nas Unidades Hospitalares, Mistas e de Pronto-atendimento observa-se que em uma das duas Unidades Mistas não havia espera e na outra a espera era de mais de uma hora. Em dois dos cinco hospitais estudados havia espera de mais de uma hora e entre os 2 serviços de pronto-atendimento, um deles tinha espera de 5 minutos e o outro de 40 minutos. Ficou evidente que 50% dos serviços têm espera superior a 40 minutos e 40% de até quinze minutos. Ao se considerar o tempo como uma dimensão importante para a produção do acolhimento das pessoas nos serviços verificou-se que o acesso a esses serviços é positivo

Sobre o contato pessoal do serviço com os usuários percebeu-se que estes sempre apresentavam suas demandas aos funcionários, que as ouviam. apenas em um dos serviços ocorreu uma situação de maior tensão entre funcionário e usuário, provocada pelo usuário. Observou-se que em todos os serviços foram oferecidas orientações aos usuários, que manifestaram compreendê-las.

Sobre o processo de escuta da demanda observou-se que apenas 9 (14%) dos serviços organizam um momento estruturado de acolhimento da demanda de usuários. Nesse acolhimento os interlocutores eram tanto funcionários administrativos e técnicos de nível médio, como agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos ou terapeuta ocupacional.

Durante a observação, dos 63 equipamentos analisados, em 10 (15,8%) deles foi realizado atendimento a pessoas com deficiências, de forma prioritária em 5 deles e com acolhimento em apenas um.

Em 5 municípios não se constatou atendimento a pessoas com deficiências no período de observação dos serviços.

As pessoas com deficiência consideraram o acolhimento recebido adequado (7,0%) enquanto entre as sem deficiência esse número foi menor (4,1%). Nesse item foram pontuados a atenção recebida do médico e a realização de consultas demoradas, o atendimento no horário marcado e a prioridade a idosos, situações consideradas positivas no atendimento dos serviços. Os entrevistados consideraram acolhimento inadequado aquele em que se realiza atendimento rápido das pessoas, a existência de problemas na recepção do serviço, bem como uma avaliação de que para alguns profissionais faltaria “amor à profissão”. De maneira geral, as pessoas com deficiências foram mais positivas na avaliação dos motivos de espera, o que pode ser associado ao maior número de entrevistas nos serviços especializados.

As informações sobre as pessoas acompanhadas nos serviços de saúde indicam que na região estudada havia disponibilidade para acompanhamento de pessoas com deficiência, presença desse grupo entre aqueles usuários dos serviços, o que fala favoravelmente ao acesso e acessibilidade das pessoas às atividades dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos serviços da região identificou fatores dificultadores e facilitadores do acesso de pessoas com deficiência ao SUS, que podem ilustrar os desafios necessários para promover equidade e direitos desse grupo populacional.

Os fatores dificultadores identificados foram a urgência no estabelecimento de alternativas de transporte público adaptado nos municípios, que não dispõem desse serviço e sua ampliação para aqueles, que já contam com alternativas; as barreiras arquitetônicas das edificações dos serviços e do entorno, acentuadas pela geografia da região e a diversidade de ambientes intra-municípios. Os fatores facilitadores indicados foram o compromisso de gestões municipais locais na proposição e criação de programa de atenção a pessoas com deficiência descentralizado, com a contratação de profissionais de reabilitação, antes mesmo da proposta de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no ano de 2008.

Considera-se oportuno o fortalecimento e criação de propostas de educação permanente, a ampliação do papel da atenção básica em saúde no enfrentamento das necessidades de saúde dessa população, articuladamente aos setores da educação, formação profissional, assistência social e cultura de maneira a ampliar as oportunidades de inclusão social dessas pessoas.

É fundamental construir possibilidades e alternativas assistenciais, que aliem estratégias e abordagens individuais e coletivas tornando pública a discussão sobre condições de vida e de saúde e instalação de deficiências e incapacidades, o que também provocaria serviços, profissionais, usuários e gestores a se comprometerem com a criação de redes de atenção a essas pessoas no âmbito do SUS. Redes que não reiterem a diferença como desigualdade e promovam oportunidades de autonomia e emancipação.

Agradecimentos: ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência e Tecnologia/ Brasil, pelo apoio financeiro à pesquisa e aos participantes da pesquisa: gestores, profissionais e população acompanhada nos serviços.

Contribuições dos autores: Rocha EF e Oliver FC - participaram da concepção, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. Castiglioni MC, Lopes ME, Sartorelli ME - realizaram a revisão crítica da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Bernardes LCG, Maior IMM, Spezia CH, Araújo, TCCF. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. Ciên Saúde Coletiva. 2009;14(1):31-38.
2. Bowers B, Esmond S, Lutz B, Jacobson N. Improving primary care for persons with disabilities: the nature of expertise. Disabil Soc. 2003;18(4):443-455.

3. Bezerra LQ. A pessoa com deficiência e o direito à saúde. In: Gugel M, Macieira W, Ribeiro L, organizadores. Deficiência no Brasil: uma abordagem dos direitos das pessoas com deficiência. Florianópolis: Obra Jurídica; 2007. p.169-180.
4. Elrod C, DeJong G. Determinants of utilization of physical rehabilitation services for persons with chronic and disabling conditions: an exploratory study. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89(1):114-120.
5. Gulley SP, Altman BM. Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2008;1(4):181-244.
6. Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro Junior N. Políticas sociais: desigualdade, Universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde Soc. 2005;14(2):69-76.
7. Rocha EF, Oliver FC, Castiglioni MC, Sartorelli ME, Lopes ME, Sousa MS. Acesso e acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde no SUS. In: Lima IMSO, Pinto ICM, Pereira SO, organizadores. Políticas públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde. Salvador: EDUFBA; 2011. p.215-241.
8. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex. 1985;27(5):438-53.
9. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. Saúde Debate (Rio de Janeiro). 2000;24(56):57-66.
10. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad Saúde Pública. 2000;16(1):231-239.
11. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saude Publica. 2011;45(1):99-105.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programas de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento a organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde; 1993.
13. Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca; 2006.
14. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Direção Regional de Saúde de São José dos Campos – DIR XXI. Política Regional de Atenção à Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência. São José dos Campos; 2004. (mimeo)
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. São Paulo: EDUSP; 2003.
16. Brasil. Decreto no. 5949 de 25 de agosto de 2009. Presidência da República 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 [citado 20 jul. 2022] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
17. São Paulo Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Base de Dados Pessoas com Deficiências - IBGE Censo 2010 [citado 20 jul. 2022]. Disponível em: <https://basededadosdeficiencia.sp.gov.br/dadoscenso2010.php>
18. Brasil. Programa das Nações Unidas. PNUD. Índice de desenvolvimento humano - municípios (IDHM) 2010 [citado 20 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-munic%C3%ADpios-2010>
19. São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Direção Regional de Saúde de São José dos Campos – DIR XXI. Consolidado de dados demográficos e de Informações em Saúde - 2006. São José dos Campos; 2006. (mimeo)
20. Araújo MRM, Oliveira JM, Jesus MS, Sá NR, Santos PAC, Lima TC. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. Psicol Soc. 2011;23(3):574-582.
21. São José dos Campos. Prefeitura. Relatório uso de transporte. São José dos Campos; 2009. (mimeo)
22. Souza JM, Carneiro R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. Saude Soc. 2007;16(3):69-84.

