








Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por pessoas com deficiência*

Access to primary healthcare services by people with disabilities

Como citar este artigo:

Oliveira PMP, Silva GM, Silva NO, Aquino SMC, Viana DA, Costa EC, et al. Access to primary healthcare services by people with disabilities. Rev Rene. 2023;24:e91538. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232491538>

-  Paula Marciana Pinheiro de Oliveira¹
-  Gisele Mendes da Silva¹
-  Neucilia Oliveira Silva¹
-  Sonha Maria Coelho de Aquino²
-  Dandara Araújo Viana¹
-  Edmara Chaves Costa¹
-  Andressa Suelly Saturnino de Oliveira¹

*Extraído da dissertação "Situação de saúde e distribuição espacial de pessoas com deficiência por Unidade Básica de Saúde no município de Redenção/CE," Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2021.

¹Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, CE, Brasil.

²Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente:

Neucilia Oliveira Silva
Rua Professor Raimundo Martins, 1.271
Cap. Pedro Sampaio, CEP: 62700-000
Canindé, CE, Brasil.
E-mail: neucilia.s@aluno.unilab.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Jéssica de Castro Santos

RESUMO

Objetivo: analisar o acesso de pessoas com deficiência auditiva, física e visual às Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária de Saúde. **Métodos:** estudo transversal, realizado com 250 participantes e com coleta de dados implementada em três etapas: contato com a secretaria de saúde; busca das moradias das pessoas com deficiências dentro da cobertura da Atenção Primária e análise dos dados integrados. **Resultados:** houve predominância de idosos, com cor/etnia não branca, do sexo masculino e casados/em união consensual. Com relação ao acesso aos serviços, o principal meio de transporte utilizado foi o próprio, seja carro, moto ou bicicleta, seguido da deambulação. A maioria das pessoas procurou serviços de saúde dentro do prazo de seis meses, seguida daqueles que buscaram atendimento no período entre seis meses e um ano, principalmente devido a doenças crônicas ou condições agravadas. **Conclusão:** verificou-se acesso prejudicado, evidenciado por algumas barreiras, como de transporte, arquitetônicas e comunicacionais. **Contribuições para a prática:** importante observar as iniquidades, vulnerabilidades e condições de saúde do público com deficiência, intrínsecas à assistência de saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Pessoas com Deficiência; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the access of people with hearing, physical, and visual disabilities to primary healthcare services. **Methods:** a cross-sectional study was conducted with 250 participants, and data collection was implemented in three stages: contact with the health department, locating the residences of persons with disabilities within the coverage area of the primary healthcare unit, and analysis of integrated data. **Results:** there was a predominance of older individuals, individuals of non-white race/ethnicity, males, and those who were either married or in a consensual union. Self-transportation, including cars, motorcycles, or bicycles, was the primary means of access to services, followed by walking. Most individuals sought health services within six months, followed by those who sought care between six months and one year, mainly because of chronic or worsening conditions. **Conclusions:** impaired access was identified, as evidenced by multiple barriers, including transportation, architectural, and communication barriers. **Contributions to practice:** it is important to consider the disparities, vulnerabilities, and health status of the disabled population in health care.

Descriptors: Health Services Accessibility; Disabled Persons; Primary Health Care; Health Vulnerability.

Introdução

As barreiras sociais e de saúde existem e podem contribuir para dificuldades de acesso das pessoas com necessidades especiais, inclusive aquelas com deficiência. A população com deficiência é mais suscetível a problemas de saúde, devido à vulnerabilidade que possui e enfrenta mais empecilhos ao buscar tratamento de saúde. Dentre as barreiras, podem-se citar as de transporte, as arquitetônicas, as atitudinais, as comunicacionais e as socioeconômicas, que prejudicam a acessibilidade no âmbito da saúde⁽¹⁾.

As barreiras sociais e de saúde, com a discriminação e a exclusão social, representam desafios significativos para a acessibilidade dos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS), para as pessoas com deficiência⁽²⁾. Nesse sentido, os sistemas de saúde devem oferecer assistência integral de saúde a todos os usuários, independentemente da necessidade de serviços específicos ou não⁽³⁾.

Estima-se que exista, aproximadamente, 1 bilhão de pessoas que possuem e vivem com algum tipo de deficiência no mundo, correspondendo a 15% da população⁽¹⁾. Outrossim, prevê-se aumento no número de pessoas com deficiência devido à sua associação com o envelhecimento da população, ao aumento do risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a acidentes⁽⁴⁾. Assim, o aumento quantitativo tende a ser progressivo, impactando na qualidade de vida.

Diante do aumento dos problemas de saúde pública supracitados, torna-se crucial o acompanhamento dessas pessoas pelos serviços de saúde, dado o aumento na prevalência das DCNT. Dentre as mais prevalentes, no panorama de saúde pública, estão a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* (DM), as quais necessitam de acompanhamento frequente e contínuo⁽⁴⁾, o qual, por sua vez, configura-se como indicador fundamental para a avaliação e o planejamento de estratégias, auxiliando na construção de ações e de programas de saúde que melhorem as percepções sobre a doença e a qualidade de vida dos pacientes⁽⁵⁾.

Assim, a APS ainda se caracteriza como a prin-

cipal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual está amplamente distribuída nas Regiões de Saúde, sendo o nível de atenção primordial para o acompanhamento dessas enfermidades. Além disso, a APS garante a longitudinalidade do cuidado, considerando todos os determinantes e os condicionantes de saúde e assegurando ao usuário o acesso à saúde, a ampliação de sua autonomia e a capacidade de construção do cuidado individual e coletivo⁽⁶⁾. Conhecer o perfil da população atendida na APS possibilita a compreensão dos fatores determinantes e condicionantes, com intuito da adequada prestação de cuidados às necessidades de saúde.

Concernente ao acesso das pessoas com deficiência à APS, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), devem ser realizadas avaliações contínuas, com o objetivo de assegurar que essa clientela tenha acesso aos serviços de forma integral e equitativa. Acrescenta-se a esse pensamento a necessidade de avaliação em saúde para garantir assistência adequada a tal público, uma vez que compreender a realidade da população e suas demandas em relação à utilização dos serviços é essencial para a integralidade dos cuidados. Assim, objetivou-se analisar o acesso de pessoas com deficiência auditiva, física e visual às Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária de Saúde.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado em município cearense, localizado na região do Maciço de Baturité, a cerca de 75km da capital do Ceará, Fortaleza. A pesquisa foi conduzida de dezembro de 2020 a abril de 2021 e envolveu 14 UBS do município. Todas elas eram constituídas por uma Equipe de Saúde da Família.

Das 393 pessoas com deficiência cadastradas nas UBS e residentes no município, constituiu-se uma amostra do estudo composta de 250 pessoas com deficiência cadastradas nas UBS e residentes no município, sendo os tipos de deficiência assistidos a visual, a auditiva e a física (motora). Utilizou-se a técnica de redes de referência (*snowball*), aplicada por sua

especificidade para estudos que possuem população de difícil alcance ou com características específicas⁽⁷⁾. Optou-se por aplicá-la até a ocorrência do ponto de saturação, quando não houve outra pessoa indicada.

O critério de exclusão considerado foram pessoas que possuíam múltiplas deficiências, ou seja, duas ou mais deficiências. Além disso, ocorreram sete recusas de participação (três pessoas com deficiência auditiva, três com deficiência motora e uma com deficiência visual). Não houve desistência da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu mediante três etapas. Na primeira, realizaram-se contato telefônico e envio do projeto à Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da APS dos municípios, sendo intermédio de contato com as UBS, no intuito de solicitação de apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS foram essenciais para o estudo, por realizarem a mediação entre os pesquisadores e os usuários, facilitando a identificação desses participantes e auxiliando com as fichas cadastrais.

A segunda etapa foi a busca das moradias das pessoas com deficiências dentro das áreas de cobertura das Equipes de Saúde da Família. Grande parte das visitas foi acompanhada pelos ACS da UBS responsável, sendo previamente agendadas, para evitar visitas desnecessárias, desgaste e possível ausência, totalizando aproximadamente 400 visitas. Após apresentação dos pesquisadores e projeto, foi disponibilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido impressos em duas vias. Foram utilizados formulários elaborados e preenchidos pelos próprios pesquisadores, baseados em materiais validados do Ministério da Saúde sobre Análise de Situação de Saúde, para a coleta de perfil sociodemográfico e acesso/utilização dos serviços de saúde da APS pelas pessoas com deficiência⁽⁸⁾.

Enfatiza-se que, em estudo anterior, foi realizada capacitação com os ACS da região, por meio de atividade educativa sobre Pessoa com Deficiência Visual, Inclusão, Tecnologia Assistiva e Acessibilidade (Projeto de Extensão). A capacitação teve 40 horas de duração, com quatro horas de teoria abordando conceitos sobre pessoas com deficiência, acessibilidade,

inclusão e tecnologia assistiva, seguidas por 36 horas de prática envolvendo visitas domiciliares às pessoas com deficiência visual na área de atuação das ACS⁽⁹⁾. A ação foi de suma importância nesta fase do estudo, visto que, possibilitou uma identificação mais eficaz das pessoas com deficiência por parte dos ACS.

A terceira etapa envolveu a análise dos dados integrados para diagnóstico situacional, conhecimento do perfil e situação de saúde das pessoas com deficiência, associando as UBS e Secretarias de Saúde. A obtenção de dados ocorreu por meio de formulários com itens sobre perfil, que originaram as seguintes variáveis: idade, cor da pele, sexo, situação conjugal, escolaridade, tipo, causa e tempo de deficiência, doenças diagnosticadas. Os itens sobre acesso resultaram nas variáveis: meio de transporte utilizado para chegar à UBS, visitas domiciliares, frequência e motivos para buscar atendimento, participação em programas de saúde, atendimento por profissionais de enfermagem e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Os dados descritivos coletados por meio dos formulários foram transcritos para planilhas do *Microsoft Excel*. Os dados quantitativos foram processados no programa *Epi Info* versão 7 com análise estatística descritiva apropriada. Foram aplicados os testes Qui-quadrado de Pearson e a razão de verossimilhança para analisar a associação entre os resultados de acesso e de utilização dos serviços das UBS e o tipo de deficiência dos participantes.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, conforme a Resolução nº 466/2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira sob parecer nº 4.384.493/2020 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 39270220.0.0000.5576.

Resultados

Participaram do estudo 250 pessoas com deficiência. Dessas, 127 (50,8%) tinham 60 anos ou mais, 194 (77,6%) tinham cor/etnia de não-branca, 147

(58,8%) eram do sexo masculino e 112 (44,8%) eram casados/união consensual. Em relação à escolaridade, predominaram as pessoas que cursaram o ensino fundamental (116; 46,4%), entretanto, houve número expressivo de pessoas analfabetas (102; 40,8%).

Quanto à deficiência, 149 (59,6%) pessoas tinham deficiência física/motora, 69 (27,6%) visual e 32 (12,8%) auditiva. O tipo de deficiência intelectual/mental não foi identificado nos indivíduos. A causa de deficiência mais prevalente foi a adquirida 203 (81,2%), seguida de congênita 47 (18,8%). Em relação à deficiência adquirida, em 152 (60,8%) pessoas foi por complicações de doença, 39 (15,6%) advindas de acidentes e 12 (4,8%) de outras formas. Com relação

ao tempo em que foi adquirida, foi há mais de cinco anos em 33 pessoas (13,2%) e há mais de dez anos em 111 pessoas (44,4%).

Do total de participantes, 197 (78,8%) declararam ter algum tipo de enfermidade. As doenças que prevaleceram nas pessoas com deficiência no município foram hipertensão arterial 125 (50%), seguido das doenças musculoesqueléticas 88 (35%), DM 63 (25%) e transtorno mental 50 (20%).

A Tabela 1 contém as variáveis de avaliação do acesso e da utilização dos serviços da UBS de pessoas com deficiência do município. Salienta-se a cobertura de 100% tanto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como da APS.

Tabela 1 – Acesso e utilização dos serviços das Unidades Básicas de Saúde de pessoas com deficiência (n=250). Redenção, CE, Brasil, 2022

Variáveis	n (%)	Intervalo de Confiança (95%)	Tipo de deficiência			p-valor
			Visual (n=69) n (%)	Auditiva (n=32) n (%)	Física (n=149) n (%)	
Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à Unidade Básica de Saúde?						0,000*
A pé	72 (28,8)	23,27 - 34,84	33 (47,8)	16 (50,0)	23 (15,4)	
Transporte coletivo	9 (3,6)	1,66 - 6,72	3 (4,3)	-	6 (4,0)	
Transporte fornecido pelo município	27 (10,8)	7,24 - 15,32	2 (2,9)	1 (3,1)	24 (16,1)	
Transporte próprio (carro/moto/bicicleta)	83 (33,2)	27,39 - 39,41	19 (27,5)	8 (25,0)	56 (37,6)	
Transporte fretado (carro/moto)	59 (23,6)	18,48 - 29,36	12 (17,4)	7 (21,9)	40 (26,8)	
Recebe visitas domiciliares do agente comunitário de saúde?						0,011†
Não	24 (9,6)	6,25 - 13,95	13 (18,8)	1 (3,1)	10 (6,7)	
Sim	226 (90,4)	86,05 - 93,75	56 (81,2)	31 (96,9)	139 (93,3)	
Recebe visitas domiciliares de outros membros da equipe da Estratégia Saúde da Família?						0,015†
Não	122 (48,8)	42,45 - 55,18	39 (56,5)	21 (65,6)	62 (41,6)	
Sim	128 (51,2)	44,82 - 57,55	30 (43,5)	11 (34,4)	87 (58,4)	
Buscou a Unidade Básica de Saúde						0,989*
Nos últimos seis meses	173 (69,2)	63,07 - 74,86	48 (69,6)	21 (65,6)	104 (69,8)	
Mais de seis meses a um ano	35 (14,0)	9,95 - 18,93	9 (13,0)	5 (15,6)	21 (14,1)	
Mais de um ano	30 (12,0)	8,24 - 16,69	8 (11,6)	5 (15,6)	17 (11,4)	
Nunca	12 (4,8)	2,50 - 8,23	4 (5,8)	1 (3,1)	7 (4,7)	
Em quais situações busca a Unidade Básica de Saúde						0,191*
Doença ou agravamento	203 (81,2)	75,80 - 85,85	53 (76,8)	23 (71,9)	127 (85,2)	
Ações educativas	35 (14,0)	9,95 - 18,93	12 (17,4)	8 (25,0)	15 (10,1)	
Nunca	12 (4,8)	2,50 - 8,23	4 (5,8)	1 (3,1)	7 (4,7)	
Participa de algum programa da atenção básica?						0,985†
Não	29 (11,6)	7,91 - 16,23	8 (11,6)	4 (12,5)	17 (11,4)	
Sim	221 (88,4)	83,77 - 92,09	61 (88,4)	28 (87,5)	132 (88,6)	
Participa do programa Hipertensão?						0,383†
Não	117 (46,8)	40,49 - 53,19	34 (49,3)	18 (56,3)	65 (43,6)	
Sim	133 (53,2)	46,81 - 59,51	35 (50,7)	14 (43,8)	84 (56,4)	
Participa do programa da atenção básica saúde da mulher ou saúde do homem?						0,714†
Não	225 (90,0)	85,59 - 93,42	61 (88,4)	28 (87,5)	136 (91,3)	
Sim	25 (10,0)	6,58 - 14,41	8 (11,6)	4 (12,5)	13 (8,7)	
Acesso a atendimento com profissionais da enfermagem na Unidade Básica de Saúde?						0,654†
Não	39 (15,6)	11,33 - 20,70	13 (18,8)	4 (12,5)	22 (14,8)	
Sim	211 (84,4)	79,30 - 88,67	56 (81,2)	28 (87,5)	127 (85,2)	
Acesso a atendimento com profissionais do NASF-AB?*						0,000†
Não	178 (71,2)	65,16 - 76,73	59 (85,5)	27 (84,4)	92 (61,7)	
Sim	72 (28,8)	23,27 - 34,84	10 (14,5)	5 (15,6)	57 (38,3)	

*Qui-quadrado de Pearson; †Refere-se à razão de verossimilhança; *NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Os resultados na Tabela 1 revelam que a maioria das pessoas utilizava seu próprio meio de transporte para se deslocar até a UBS (83; 33,2%), seja por carro, moto ou bicicleta, seguida daquelas que iam deambulando (72; 28,8%). Ainda, 173 pessoas com deficiência (69,2%) buscaram a UBS nos últimos 6 meses. Dentre as situações em que levaram à procura da UBS, 203 estavam relacionadas à doença ou a agravos (81,2%). Quanto às visitas domiciliares realizadas pelos ACS, 226 (90,4%) participantes confirmaram recebê-las. Em relação às visitas domiciliares feitas por outros membros da equipe da ESF, 128 (51,2%) negaram receber esse tipo de visita.

Dos programas ofertados na APS, 221 (88,4%) pessoas com deficiência participam de algum programa da APS do município. O programa de controle da hipertensão arterial e DM apresentou 133 (53,2%) pessoas com deficiência participantes. Importante ressaltar que quase todos os entrevistados (225; 90,0%) indicaram que não participavam de programas de saúde da mulher ou do homem. A maioria dos participantes confirmou acesso ao atendimento com profissionais da enfermagem (211; 84,4%), embora 178 (71,2%) pessoas tenham negado acesso aos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre o tipo de deficiência e o meio de transporte utilizado para chegar à UBS ($p=0,000$), o recebimento de visita domiciliar de ACS ($p=0,011$), de outros membros da Equipe de Saúde da Família ($p=0,015$) e de atendimento por parte no NASF-AB ($p=0,000$).

Discussão

Avaliar a acessibilidade das pessoas com deficiência torna-se relevante, uma vez que a ausência da acessibilidade a esses serviços infere nos direitos à integralidade e à equidade do cuidado com a saúde no SUS. Assim, é necessário conhecer a população com mais necessidades de saúde e ofertar atendimentos capazes de suprir tais particularidades⁽¹⁰⁾.

Nos resultados, observou-se que pouco mais da metade dos participantes eram idosos. Na prática clínica, observa-se a relação entre as pessoas idosas e a deficiência. Essa relação pode estar atrelada ao aumento das taxas de doenças e ao envelhecimento da população em escala global, visto que a vulnerabilidade desse grupo se evidencia e há maior risco à saúde. Estudos apontam que as incapacidades funcionais que contribuem para o tipo de deficiência podem ampliar-se em outros aspectos, em conjunto com idade, gênero, doenças crônicas, residência rural e discriminação⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

O quesito raça/cor deve ser analisado, especialmente no contexto brasileiro, marcado por uma intensa miscigenação. Os resultados revelaram predominância de pessoas não brancas, e essa prevalência converge com os dados mais atuais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Essas informações apontam que 73,4% das pessoas residentes no estado do Ceará se autodeclararam pretas, enquanto 71,6% se autodeclararam pardas, em relação ao total da população⁽¹⁵⁾.

A cor da pele, até os dias atuais, está atrelada ao determinante social racismo e gera condições de desvantagens, seja na saúde como também na educação, na renda e nas oportunidades em áreas interseccionais. Ao correlacionar o critério de raça/cor com a condição de pessoa com deficiência, pode-se observar agravamento das disparidades sociais. Isso ocorre porque a etnia e a deficiência compartilham fatores de vulnerabilidade, tornando esses grupos sociais menos acessíveis dentro da sociedade, particularmente no contexto da saúde⁽¹⁶⁾.

Essa vulnerabilidade se reflete na dificuldade de acessar os serviços de saúde, pois essas pessoas hesitam em buscar assistência, com receio de não obterem cuidados de saúde que atendam às suas necessidades. Além disso, elas se sentem vulneráveis a ações discriminatórias, advindas de estereótipos, o que pode prejudicar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Quanto maior a população brasileira com maior

grau de escolaridade, menor o número de pessoas com deficiência representadas⁽¹⁸⁾. Dessa forma, reforçam-se os achados deste estudo, que revelou número significativo de indivíduos com histórico educacional limitado ao Ensino Fundamental ou que eram analfabetos. Essas pessoas enfrentam restrições no acesso à educação, o que as colocam frequentemente no âmbito do “capacitismo”. Esse termo pejorativo tem sido vinculado às pessoas com deficiência ao longo dos anos, sendo responsável por perpetuar exclusão, preconceito e discriminação, por meio de julgamentos direcionados a essa população⁽¹⁹⁾.

Percebe-se que ocorre o deslocamento da maioria das pessoas com deficiência às UBS do município. Entretanto, elas encontram dificuldades. Como mostrado nos resultados, as principais formas de deslocamento são com veículo próprio ou a pé. Os transportes são identificados como barreiras que dificultam o acesso aos serviços em todos os níveis de atenção, seja pela escassez de veículos disponíveis ou pelos custos envolvidos da locomoção, motivo similar ao das pessoas participantes do estudo em questão⁽²⁰⁾. Além disso, um grande número desses indivíduos vive em áreas rurais, o que torna desafiante sua ida às UBS, pela considerável distância, pela inadequada infraestrutura de transporte ou pela necessidade de contar com um acompanhante familiar ou privado.

A Lei Brasileira de Inclusão, a qual define o Estatuto da Pessoa com Deficiência, identifica seis tipos de barreiras que podem causar obstáculos ao acesso do público com deficiência aos serviços de saúde como as relacionadas ao transporte e as de natureza urbanística e arquitetônica, que se interligam⁽¹⁹⁾. As barreiras arquitetônicas e de transporte impactam na acessibilidade aos serviços de saúde.

A distância até as UBS causa dificuldade de acesso devido aos custos dispendiosos associados ao transporte e pela infraestrutura deficitária, que inclui questões relacionadas à construção e à qualidade dos equipamentos destinados à inclusão⁽²¹⁻²²⁾. Portanto, para essas pessoas, tanto o transporte, como a estru-

tura adequada são direitos garantidos por lei e fundamentam o direito constitucional de ir e vir, ponto de partida para realização de outros direitos assegurados em políticas afirmativas.

Essas pessoas possuem maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, destacando a hipertensão arterial e o DM. Tais doenças ainda representam desafios globais para a saúde pública e podem resultar em muitas complicações graves se não forem adequadamente controladas, principalmente em grupos mais vulneráveis, o que pode contribuir para o surgimento de deficiências ou agravar as existentes, dificultando as atividades da vida diária⁽²³⁾. As pessoas com deficiência apresentam maior suscetibilidade a comorbidades e, por conseguinte, maior probabilidade de desenvolverem deficiências adquiridas, o que explica o elevado índice de causas relacionadas a complicações de doenças⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Considerando os resultados do estudo, a maioria participava do Hiperdia, destinado à organização, ao fornecimento de medicações e ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e DM. Isso fica evidente no grande quantitativo de participantes que buscou a UBS nos últimos seis meses, pois é o intervalo de tempo máximo recomendado para a procura da unidade por esses usuários⁽²⁶⁾. Os programas de controle da hipertensão e DM contribuem para a assistência de saúde às pessoas acometidas com essas enfermidades. Eles servem como indicadores essenciais para avaliar estratégias, planejamento e melhores percepções sobre as doenças, bem como identificar vulnerabilidades, principalmente entre as pessoas com deficiência⁽⁵⁾.

Diante disso, a APS surge como a principal aliada para o controle dessas enfermidades, fornecendo atendimentos baseados nos programas direcionados. Ela se responsabiliza por diversas formas de agravos, com a garantia de longitudinalidade do cuidado, por meio de consultas de acompanhamento, solicitação de exames de rotina, distribuição de medicamentos, orientações sobre cuidados e demais necessidades⁽⁶⁾.

Foi evidente a baixa atuação em outras áreas de programas da APS, como saúde da mulher e do homem (saúde sexual e reprodutiva). Cabe ressaltar a necessidade de levar a informação da importância desses programas para a saúde, incentivando as pessoas com deficiência a serem promotoras da própria saúde, visto que são programas que possuem finalidades de rastreio e prevenções de doenças que acometem mulheres e homens⁽²⁷⁾.

Em relação aos homens, neste estudo, identifica-se déficit no uso do programa de APS, o que impacta na promoção da saúde deles. Esses achados corroboram a identificação dos índices de dificuldade de adesão ao programa de saúde do homem, além do período pandêmico contribuir ainda mais para tal defasagem⁽²⁸⁾. Assim, ressalta-se a importância do melhor preparo dos profissionais e da realização da educação em saúde.

O vínculo com os profissionais de enfermagem foi percebido no estudo, demonstrando a busca da assistência efetiva. Diante da Política Nacional de Atenção Básica, as funções da equipe de enfermagem são essenciais nos cuidados primários, como a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação de saúde⁽⁶⁾. Com isso, o enfermeiro possui proximidade ao usuário e à família, sendo importante sua atuação na assistência e em parceria com o NASF-AB, potencializando a prestação de cuidado.

Dado o contexto das pessoas com deficiência neste estudo, é fundamental que a assistência de enfermagem seja integrada, evidenciando o compromisso com a inclusão dessas pessoas no acesso aos cuidados de saúde. As visitas domiciliares de Enfermagem devem ocorrer com mais efetividade. Isso garantirá o pleno exercício dos direitos de acessibilidade à saúde para essa população, envolvendo toda a equipe de saúde e fortalecendo a abordagem multiprofissional nas visitas domiciliares. Além disso, essa abordagem deve levar em conta as necessidades específicas da população, evitando despesas onerosas relacionadas ao deslocamento.

Limitações do estudo

Na análise dos dados, percebeu-se que outras variáveis podem ter influenciado os resultados de acesso encontrados, que não necessariamente as características sociodemográficas dos participantes com deficiência. Entretanto, por se tratar de um estudo descritivo, relações causais não puderam ser estabelecidas. Assim, os resultados devem ser interpretados considerando a possibilidade de influência de outros fatores, como estrutura das UBS e diferenças territoriais, que implicam na atuação das equipes de saúde da família.

Contribuições para a prática

Observar as iniquidades, as vulnerabilidades e as condições de saúde do público com deficiência está intrínseco à assistência de saúde. Diante dos achados, pode-se observar que essas pessoas ainda possuem acesso limitado à APS, evidenciado por barreiras que devem ser minimizadas com as práticas das políticas públicas, programas e princípios do Sistema Único de Saúde.

A partir deste estudo, coloca-se em relevância a ampliação da verificação de acesso à saúde dessas pessoas em outros municípios, estados e país, visando à cooperação na melhoria da qualidade de assistência.

Conclusão

Verificou-se que as pessoas com deficiência possuem acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, mas ainda é limitado, o que é evidenciado por algumas barreiras, como transporte, arquitetônicas e comunicacionais. Além disso, é fundamental expandir a divulgação de informações sobre os diversos programas de saúde, permitindo que as pessoas possam monitorar suas condições de saúde e promover o autocuidado. Ressalta-se a necessidade aumentar a frequência das visitas domiciliares, realizadas por outros profissionais da equipe de saúde, a fim de proporcionar acompanhamento abrangente de saúde.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Oliveira PMP, Silva GM.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Oliveira PMP, Silva GM, Silva NO. Aprovação final da versão a ser publicada: Oliveira PMP.

Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou à integridade de qualquer parte a serem investigados e resolvidos: Aquino SMC, Viana DA, Costa EC, Oliveira ASS.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. 2022 [cited Jan 14, 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
2. Campillay MC, Carrasco AC, Dubo P, Rodríguez JM, Mandiola JC, López JV. Accessibility in people with disabilities in primary healthcare centers: a dimension of the quality of care. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):e12439. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912439>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde [Internet]. 2008 [cited Feb 14, 2023]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf
4. Francisco PM, Assumpção D, Bacurau AG, Neri AL, Malta DC, Borim FS. Prevalence of chronic diseases in octogenarians: data from the National Health Survey 2019. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(7):2655-65. doi: [10.1590/1413-81232022277.22482021](https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22482021)
5. Carvalho FC, Bernal RT, Perillo RD, Malta DC. Association between positive assessment of Primary Health Care, sociodemographic characteristics and comorbidities in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25:e220023. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2>
6. Giovanella L, Franco, CM, Almeida PF. National Primary Health Care Policy: where are we headed to? *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(4):1475-81. doi: [10.1590/1413-81232020254.01842020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020)
7. Oliveira GS, Pacheco ZM, Salimena AM, Ramos CM, Paraíso AF. Snow ball method in qualitative research with sheets and transexual women. *Saúde Coletiva*. 2021;11(68):7581-8. doi:<https://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7581-7588>
8. Ministério da Saúde (BR). Asis: análise de situação de saúde [Internet]. 2015 [cited Feb 12, 2023]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf
9. Oliveira PM, Medeiros AE, Luzia FJ, Silva GM, Bezerra JC, Beserra GL, et al. Knowledge of community health agents about visually impaired people. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE03372. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A003372>
10. Aguiar AS, Lima MM, Torres RA, Silva LM, Almeida PC, Grimaldi MR. People with disabilities in Brazil and public health policies. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2021;95(36):e-021160. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1107>
11. Chen YM, Chiang TL, Chen DR, Tu YK, Yu HW, Chiu WY. Differing determinants of disability trends among men and women aged 50 years and older. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02574-3>
12. Jang SN, Kawachi I. Care inequality: care received according to gender, marital status, and socioeconomic status among Korean older adults with disability. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):105. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1008-0>
13. Darkwah KA, Iddi S, Nonvignon J, Aikins M. Characterization of functional disability among older adults in Ghana: a multi-level analysis of the study on global ageing and adult health (SAGE) Wave II. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277125. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277125>
14. Amirova A, Rimes KA, Hackett RA. Perceived discrimination in middle-aged and older adults: comparison between England and the United States. *Public Health*. 2022;10:975776. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.975776>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no

Brasil - 2ª edição [Internet]. 2023 [cited Feb 12, 2023]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=resultados>

16. Souza AF, Grossi GL, Melo EC. Inclusive education and ethnic-racial relations: an afro-centred intersectional analysis. *Rev Educ PUC-Camp*. 2022;27:e225428. doi: <http://doi.org/10.24220/2318-0870v27e2022a5428>
17. Lopes WS. Meia lua falciforme: poesia, dor e luta. *Rev Eletr Comun Inf Inov Saúde*. 2020;14(4):997-1000. doi: <https://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2131>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida [Internet]. Brasília, DF: IBGE; 2021 [cited Feb 14, 2023]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>
19. Mello LS, Cabistani LG. Capacitismo e lugar de fala: repensando barreiras atitudinais. *Rev DPERS* [Internet]. 2019 [cited Feb 5, 2023];(23):118-39. Available from: <https://revista.defensoria.rs.def.br/defensoria/article/view/112>
20. Clemente KA, Silva SV, Vieira GI, Bortoli MC, Toma TS, Ramos VD, et al. Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review. *Rev Saud Public*. 2022;56:64. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>
21. Luzia FJ, Silva NO, Carneiro JB, Silva LS, Rodrigues FL, Grimaldi MR, et al. Desafios no acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiência: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2023;97(2):e023079. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1538>
22. Araújo RF, Coura AS, Carvalho IJ, Farias RG, Araújo JS, França IS. Nurse perception regarding cytopathological exams in physically disabled women. *Rev Rene*. 2023;24:e81786. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232481786>
23. Malta DC, Bernal RT, Lima MG, Silva AG, Szwarcwald CL, Barros MB. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(suppl 2):e210011. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.2>
24. Saldanha JH, Pereira AP, Santos AO, Miranda BS, Carvalho HK, Nascimento LC, et al. Persons with disabilities during the COVID-19 pandemic: guaranteeing fundamental rights and equity in care. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00291720. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00291720>
25. Martins JA, Watanabe HA, Braga VA, Jesus MC, Merighi MA. Older adults with physical disabilities: vulnerabilities relative to the body, the physical and social environment. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20190175. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0175>
26. Cruz PK, Vieira MA, Carneiro JA, Costa FM, Caldeira AP. Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(06):e190113. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>
27. Mattos JC, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4):164-71. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2618>
28. Muniz VO, Braga LC, Araújo PO, Santana PP, Pereira GS, Sousa AR, et al. Self-care deficit among older men in the COVID-19 pandemic: implications for nursing. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 4):e20210933. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0933>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons