



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Sulyvan Castro, Shamyr; Lefèvre, Fernando; Cavalcanti Lefèvre, Ana Maria; Galvão Cesar, Chester Luiz

Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência

Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 1, febrero, 2011, pp. 99-105

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240189011>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Shamyr Sulyvan Castro^IFernando Lefèvre^{II}Ana Maria Cavalcanti Lefèvre^{III}Chester Luiz Galvão Cesar^{IV}

Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência

Accessibility to health services by persons with disabilities

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo realizado com pessoas que relataram ter algum tipo de deficiência (paralisia ou amputação de membros; baixa visão, cegueira unilateral ou total; baixa audição, surdez unilateral ou total). Foram entrevistados 25 indivíduos (14 mulheres) na cidade de São Paulo, SP, de junho a agosto de 2007, que responderam perguntas referentes a deslocamento e acessibilidade aos serviços de saúde. A metodologia utilizada para análise foi o discurso do sujeito coletivo e as análises foram conduzidas com recurso do programa Qualiquantisoft.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A análise dos discursos sobre o deslocamento ao serviço de saúde mostrou diversidade quanto ao usuário ir ao serviço sozinho ou acompanhado, utilizar carro particular, transporte coletivo, ir a pé ou de ambulância e demandar tempo variado para chegar ao serviço. Com relação às dificuldades oferecidas de acessibilidade pelos serviços de saúde, houve relatos de demora no atendimento, problemas com estacionamento, falta de rampas, elevadores, cadeiras de rodas, sanitários adaptados e de médicos.

CONCLUSÕES: As pessoas com algum tipo de deficiência fizeram uso de meios de transporte diversificados, necessitando de companhia em alguns casos. Problemas na acessibilidade dos serviços de saúde foram relatados pelos sujeitos com deficiências, contrariando o princípio da equidade, preceito do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Pessoas com Deficiência. Limitação da Mobilidade. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência ou Incapacidade. Pesquisa Qualitativa.

^I Departamento de Fisioterapia. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil

^{II} Departamento de Prática de Saúde. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{III} Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Epidemiologia. FSP-USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Shamyr Sulyvan de Castro
Departamento de Fisioterapia
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Av. Getúlio Guaratá, 159 - Abadia
3º andar - Sala 331
38025-440 Uberaba, MG, Brasil
E-mail: shamysulyvan@gmail.com

Recebido: 2/3/2010

Aprovado: 2/7/2010

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the difficulties in accessibility to health services experienced by persons with disabilities.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: A qualitative study was performed with individuals who reported having a certain type of disability (paralysis or amputation of limbs; low vision, unilateral or total blindness; low hearing, unilateral or total deafness). A total of 25 individuals (14 women) were interviewed in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, between June and August 2007, responding to questions about transportation and accessibility to health services. Collective Subject Discourse was the methodology used to analyze results and analyses were performed with the Qualiquantisoft software.

ANALYSIS OF RESULTS: The analysis of discourses on transportation to health services revealed a diversity in terms of the user going to the service alone or accompanied; using a private car, public transportation or ambulance or walking; and requiring different times to arrive at the service. With regard to the difficulties in accessibility to health services, there were reports of delayed service, problems with parking, and lack of ramps, elevators, wheelchairs, doctors and adapted toilets.

CONCLUSIONS: Individuals with a certain type of disability used various means of transportation, requiring someone to accompany them in some cases. Problems with accessibility to health services were reported by persons with disabilities, contradicting the principle of equity, a precept of the Brazilian Unified Health System.

DESCRIPTORS: Disabled Persons. Mobility Limitation. Health Services Accessibility. Disabled Health. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Indivíduos com deficiência estão mais expostos a comorbidades associadas à sua deficiência,^{11,19} resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental.

Entretanto, entre a necessidade de serviços e sua satisfação há a questão da acessibilidade aos serviços, que se não for adequadamente trabalhada pode fazer com que a pessoa com deficiência enfrente obstáculos que inviabilizem o seu acesso aos serviços de saúde. A acessibilidade é definida por Frenk⁹ (1985) como o produto da relação entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso por parte dos indivíduos a esses serviços. A disponibilidade efetiva acontece quando se analisa a disponibilidade dos serviços de saúde perante a resistência que o meio proporciona a essa disponibilidade.⁹ Essa resistência tem especial importância quando se estuda a acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde. Ela pode ser entendida como a dificuldade encontrada na obtenção dos serviços de saúde e é determinante para a saúde das pessoas com deficiência. Em virtude do quadro geral da deficiência e das co-morbidades dele advindas, mais dificuldades

se interpõem entre a pessoa com deficiência e o serviço de saúde, aumentando assim a resistência.²⁶

Como a ocorrência de deficiências tem relação direta com o aumento da longevidade populacional e com o incremento de ocorrências por causas externas,⁵ a porcentagem de pessoas com deficiência na comunidade tende a aumentar com o passar do tempo. Sendo assim, investigar as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiências na acessibilidade aos serviços de saúde pode fornecer subsídios para o planejamento em saúde, estruturando e melhorando os serviços de forma que atendam a esse grupo populacional de maneira adequada.

O objetivo do presente estudo foi analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vividas por pessoas com deficiência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa qualitativa de natureza exploratória realizada com amostra intencional de 25 indivíduos com algum tipo de deficiência (visual, auditiva ou física).

A identificação das pessoas entrevistadas foi obtida de uma listagem maior, com 414 sujeitos com deficiências, provenientes do total de pessoas entrevistadas pelo Inquérito de Saúde e Condições de Vida no Município de São Paulo (ISA – Capital) – 2003.^a

O estudo integrou a fase inicial do Projeto Acessibilidade aos Serviços de Saúde (AceSS), realizado com 333 pessoas com algum tipo de deficiência na capital de São Paulo e em uma área da Grande São Paulo (Embu, Taboão da Serra e Itapecerica da Serra) no ano de 2007. As entrevistas foram realizadas de junho a agosto de 2007 com um questionário semi-estruturado a respeito das dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde pelas pessoas com algum tipo de deficiência. Foram analisadas questões sobre o deslocamento da pessoa com deficiência ao serviço de saúde: “Como o(a) senhor(a) faz para ir até o serviço de saúde?... Fale um pouco mais sobre isso...” e sobre os problemas de acessibilidade aos serviços de saúde (“Muitos serviços de saúde oferecem dificuldades para as pessoas com deficiência, como falta de rampas, estacionamentos, sinalização, etc.. E para o(a) senhor(a), como tem sido isso?”).

A coleta dos dados ocorreu por entrevistas domiciliares, que foram gravadas e transcritas integralmente. Com as informações obtidas na transcrição das conversas foi criado um banco de dados, que foi analisado pelo software QualiQuantiSoft.¹³ Esse programa tem o objetivo de facilitar a realização de pesquisas que empreguem o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como metodologia. O QualiQuantiSoft permite associar pensamentos, crenças, valores, representações, às características objetivas dos portadores dessas representações, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda e outras.

A partir do banco de dados foram extraídas as idéias centrais das respostas de cada indivíduo e, posteriormente, construídos os DSC, tendo como objetivo expressar empiricamente o pensamento do grupo de entrevistados, como um conjunto, não como ser individual,¹³ criando assim um ente pensante coletivo, com voz e respostas às perguntas efetuadas.

A metodologia de pesquisa qualitativa avalia a percepção dos indivíduos, sendo concebida a partir do produto dos discursos/verbalizações de atores sociais diretamente envolvidos com o assunto.¹⁸ A abordagem qualitativa do modo de pensar as questões estudadas permite que nos apossemos das percepções individuais dos entrevistados e as transformemos em um discurso mais coeso e consistente, podendo assim obter as representações sociais referentes aos temas trabalhados nesse grupo de indivíduos. A metodologia qualitativa é usada no campo de estudos das deficiências.^{6,12,22}

Segundo Nagai et al¹⁸ (2007), o DSC pode ter mais de uma idéia central na resposta de um indivíduo ou a mesma idéia central pode emergir dos discursos de muitos sujeitos diferentes. Existe ainda a possibilidade de que algumas dessas falas tenham identidade própria e não refletem a resposta de outras pessoas. Lèfrevre et al¹⁴ (2006) esclarecem ainda que desse modo as respostas podem abordar de maneiras diversas um mesmo problema, complementando-se umas às outras e/ou explicando-se mutuamente.

As idéias centrais de cada pergunta foram descritas em itens e foi construído um DSC para cada uma delas.

Das 25 pessoas com deficiência entrevistadas, três tinham idade entre 11 e 20 anos (três mulheres); três entre 31 e 40 anos (duas mulheres); 12 tinham de 55 a 69 anos (quatro mulheres); e sete de 70 a 90 anos (cinco mulheres).

Entre os entrevistados, oito indivíduos relataram ter algum tipo de deficiência física (amputação ou paralisia de membros); nove indivíduos auto-referiram deficiência auditiva (diminuição da audição ou surdez unilateral) e oito indivíduos relataram deficiência visual (diminuição da visão ou cegueira unilateral). Os participantes eram usuários tanto de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto de serviços de convênios de empresas privadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (Prot. N° 1653/2007). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Deslocamento ao serviço de saúde

As idéias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes ao deslocamento ao serviço de saúde (Questão 1 – Como o(a) senhor(a) faz para ir até o serviço de saúde? Fale um pouco mais sobre isso) foram:

Idéia central 1.1: Vai sozinho, usa transporte coletivo e é rápido para chegar

[DSC 1.1] Eu vou de transporte coletivo; normalmente não preciso de ninguém para me acompanhar e não demora para chegar porque é perto.

Idéia central 1.2: Vai acompanhado, usa carro particular e demora para chegar

[DSC 1.2] Tenho que ir acompanhado, uso carro particular e demora para chegar.

^a Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Idéia central 1.3: Vai acompanhado, usa transporte coletivo e demora para chegar

[DSC 1.3] *Vou acompanhado, uso transporte coletivo e demora para chegar ao serviço de saúde.*

Idéia central 1.4: Vai acompanhado e de ambulância

[DSC 1.4] *Tenho que ir de ambulância porque não posso me sentar e tenho que ter companhia; é difícil vir médico na minha casa.*

Idéia central 1.5: Vai acompanhado, usa transporte coletivo e não demora para chegar

[DSC 1.5] *Vou de ônibus ou metrô, preciso de companhia e o serviço e saúde fica perto da minha casa*

Idéia central 1.6: Vai sozinho, usa transporte coletivo e demora para chegar

[DSC 1.6] *Vou sozinho ao serviço de saúde, só se precisar levo alguém; uso transporte coletivo e demoro para chegar ao serviço de saúde.*

Idéia central 1.7: Vai sozinho, de carro particular e demora para chegar

[DSC 1.7] *Vou de carro, posso ir sozinho e demora para chegar porque o serviço de saúde não é muito perto.*

Idéia central 1.8: Vai acompanhado, a pé, e não demora para chegar

[DSC 1.8] *Vou a pé porque é perto, não demora; e geralmente vou acompanhado.*

Idéia central 1.9: Vai acompanhado, de carro particular, e demora para chegar

[DSC 1.9] *Tenho sempre que ir acompanhado, para levar tem que ser de carro, e demora para chegar porque é longe ou tem trânsito.*

Os discursos relatados mostraram diversidade de opiniões entre os entrevistados, com variações quanto ao tempo de deslocamento, meio de transporte utilizado e necessidade de companhia. Quando se analisa o tempo gasto observa-se que aproximadamente um terço dos respondentes apontaram essa dificuldade em seu deslocamento para o serviço de saúde. Travassos & Martins²⁴ (2004) afirmam que a acessibilidade geográfica é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso. No artigo,²⁴ as autoras sugerem que a correta distribuição espacial dos serviços de saúde e dos pacientes deve ser coerente para o uso adequado.

De acordo com os discursos, aproximadamente metade das pessoas com deficiência relataram ter necessidade de acompanhantes. Caldas² (2003) discute a dependência familiar por parte de idosos e ressalta a ligação entre a dependência e a fragilidade, mostrando uma estreita relação entre o suporte oferecido ao idoso e a

execução das suas tarefas diárias. Esse exemplo pode ser aplicado às pessoas com deficiências, que de certa forma também têm características de fragilidade em virtude do processo incapacitante.¹⁰ Para Othero & Dalmaso²¹ (2009), a família ou o cuidador tem importante papel na saúde da pessoa com deficiência no que diz respeito ao contato do cuidador/família com os profissionais de saúde, recebendo instruções que complementem o tratamento da pessoa com deficiência. Em estudo realizado na cidade de São Paulo, SP, a deficiência aliada à dependência tem se mostrado frequente com o aumento da longevidade e da ocorrência de incapacidades.³

A respeito do meio de locomoção usado pelas pessoas com deficiências, os discursos mostram padrões variados. Aproximadamente a metade dos entrevistados fez o percurso utilizando meios de transporte coletivos. Araújo et al¹ (2006) observam a importância do fator transporte para a estrutura familiar no que diz respeito a gastos e qualidade em saúde, implicando dispêndio financeiro e dificuldades no uso dos serviços de saúde.

Observou-se ainda referência à necessidade de uso de ambulância para o deslocamento ao serviço de saúde. Isso se mostra um obstáculo, uma vez que o paciente depende da disponibilidade do referido meio de transporte para sua locomoção até o estabelecimento de saúde, considerando que algumas pessoas com deficiência necessitam desse tipo de transporte por terem sua funcionalidade muito comprometida, inviabilizando o uso de outros meios.

Acessibilidade aos serviços de saúde

As idéias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes à acessibilidade aos serviços de saúde (Questão 2 – Muitos serviços de saúde oferecem dificuldades para as pessoas com deficiência, como falta de rampas, estacionamentos, sinalização, etc. E para o(a) senhor(a), como tem sido isso?) foram:

Idéia central 2.1: Sem problemas

[DSC 2.1] *Eu sempre fui bem atendido, tem estacionamento, rampa, corrimão, elevador, sinalização, banheiro especial e sala de espera.*

Idéia central 2.2: Demora no atendimento

[DSC 2.2] *Há uma certa demora no atendimento porque sempre tem uma fila de espera. Se marcam para as 10h tem que chegar às 6h; tem que chegar bem cedo.*

Idéia central 2.3: Problemas com estacionamento

[DSC 2.3] *Não tem estacionamento, então tem que parar na rua, mesmo*

Idéia central 2.4: Falta de rampas

[DSC 2.4] *Não tem rampa no serviço de saúde. Já chamaram três vezes, mas não tenho como ir porque não tem rampa para entrar; e quando tem rampa não tem corrimão.*

Idéia central 2.5: Instalações do serviço de saúde

[DSC 2.5] *Não tem lugar para todo mundo esperar, então às vezes esperam no chão e em algumas salas não tem como a pessoa com deficiência entrar.*

Idéia central 2.6: Faltam cadeiras de rodas nos serviços de saúde

[DSC 2.6] *Não tem cadeira de rodas suficientes no serviço de saúde, é uma disputa por cadeiras; às vezes a pessoa com deficiência tem que ser carregado no colo.*

Idéia central 2.7: Faltam sanitários adequados para as pessoas com deficiências

[DSC 2.7] *Nunca vi banheiros para pessoas com deficiência no serviço de saúde; quando tem, está muito sujo ou inutilizado (entupido).*

Idéia central 2.8: Faltam médicos

[DSC 2.8] *No posto de saúde que vou só tem enfermeira; está assim esses dias, não tem médicos.*

Idéia central 2.9: Faltam elevadores

[DSC 2.9] *No serviço de saúde não tem elevador, tem que usar a escada.*

Idéia central 2.10: Problemas com sinalização

[DSC 2.10] *A sinalização é insuficiente, tenho que ficar pedindo informações.*

O tempo de espera foi um dos fatores relatados como obstáculo no uso dos serviços de saúde e é freqüentemente apontado como problema nos atendimentos ambulatorial⁸ e hospitalar.²⁰ Esse período de espera pode ser um fator importante para os pacientes com algum tipo de deficiência, uma vez que podem ter necessidades especiais de alimentação, higiene ou descanso. A Lei Federal 10.048, de 8 de novembro de 2000,⁹ garante às pessoas com deficiências, aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo o direito à prioridade nos atendimentos em repartições públicas. Contudo, em um ambiente hospitalar ou de serviço de saúde, essa priorização pela presença de deficiência pode ser questionada por motivos éticos, uma vez que

o deficiente pode não ser o paciente mais necessitado de atendimento em saúde em um determinado momento.

Outro fator que se apresentou como obstáculo ao bom uso dos serviços de saúde pelas pessoas com deficiências foram os problemas com o estacionamento. O decreto 3.298/99 regulamenta a lei 7.893/89,¹⁰ que consolida normas de proteção para as pessoas com deficiência, dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de vagas reservadas para veículos de pessoas com deficiência ou que transportem essas pessoas em construções de uso coletivo. Esse decreto garante, portanto, vagas reservadas e específicas para os indivíduos com algum tipo de deficiência também nos serviços de saúde que são de uso coletivo. Entretanto, Mendonça & Guerra¹¹ (2007) relatam que a presença de facilidades como estacionamento e localização do serviço pode não ter tanta influência na satisfação com o atendimento.

Aproximadamente um décimo dos entrevistados citaram a ausência de rampas como fator que dificultava o uso dos serviços de saúde. O mesmo decreto 3.298/99 obriga a instalação de rampas ou dispositivos eletromecânicos de deslocamento vertical para a transposição de desniveis entre cômodos dos estabelecimentos. Também foi citada inexistência de elevadores e de sinalização para as pessoas com deficiências, que são itens previstos na lei 3.298/99.

Algumas inadequações nos serviços foram citadas pelos entrevistados, como local de espera com lugares insuficientes e salas em que as pessoas com deficiência não tinham acesso por obstáculos físicos. Um dos relatos mostra que o direito de ir e vir, previsto em lei pela Constituição, foi ferido no caso de estabelecimentos de saúde cujos obstáculos impossibilitavam a entrada de pessoas com deficiência em suas dependências.

Um discurso mostrou a necessidade de mais cadeiras de rodas para as pessoas com deficiência, pois em alguns momentos teriam que ser carregadas nos braços para serem atendidas. Isso pode ser um evento que dificulta o uso dos serviços de saúde, uma vez que nem sempre o acompanhante da pessoa com deficiência tem condições de fazer o deslocamento do deficiente nos braços, ficando assim dependente dos funcionários do serviço de saúde.

Ausência ou inadequação de sanitários destinados às pessoas com deficiência foram relatadas pelos entrevistados. A lei 10.098/2000¹² garante a construção de sanitários adaptados para as pessoas com deficiências em repartições públicas e sua adequada manutenção.

⁸ Brasil. Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000 - Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 09 nov 2000[citado 2009 set 08];Seção1:1. Disponível em: <http://www.soleis.com.br/L10048.htm>

⁹ Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 21 dez 1999[citado 2010 mai 24];Seção1:10. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/d3298.htm>

¹⁰ Brasil. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 20 dez 2000[citado 2009 set 08];Seção1:2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L10098.htm>

A ausência de médicos no serviço de saúde também foi relatada por entrevistados, os quais referiram que o atendimento era feito por enfermeiras, não havendo, portanto, atendimento médico, somente prestação de cuidados em enfermagem.

Verificou-se ainda a ocorrência da idéia central “Nunca tive problemas”, que reflete uma adequação do serviço de saúde procurado às necessidades de acessibilidade das pessoas com deficiência. Machado & Nogueira (2008)¹⁵ também relatam ausência de problemas para utilização de serviços em um grupo de usuários de uma clínica de fisioterapia. Essas informações podem sinalizar que nem sempre a pessoa com deficiência encontra problemas de acessibilidade nos serviços de saúde, levando a crer que uma parcela dessas pessoas tem todas as suas necessidades de acessibilidade aos serviços de saúde satisfeitas.

CONCLUSÕES

A discussão desses itens transcende a simples abordagem presença/ausência de obstáculos ao uso de serviços de saúde, alcançando um tema mais amplo e bastante importante em saúde pública: a eqüidade em saúde. A eqüidade é um dos pilares do SUS e, conforme Travassos,²³ (1997) é um princípio de justiça social. Esse conceito se traduziria por: “tratar desigualmente os desiguais”.⁷ Assim, diferiria da igualdade, entendida como igualdade de oportunidades. Para uma pessoa com deficiência, não é suficiente ter as mesmas oportunidades quando não há condições de aproveitá-las, comparativamente a alguém que não tenha deficiência. Assim, o princípio da eqüidade seria uma maneira de beneficiar as pessoas

com deficiências para que tenham igualdade nas oportunidades. Carneiro Junior et al⁴ (2006) caracterizam a eqüidade como “discriminação positiva”, uma vez que é direcionada a grupos populacionais desfavorecidos socialmente, com planejamento e políticas de atenção que busquem a eliminação das desigualdades.

Dessa forma, os problemas relatados pelos entrevistados atuariam de forma a pressionar negativamente as pessoas com algum tipo de deficiência no uso dos serviços de saúde. Esse posicionamento é oposto ao princípio de eqüidade do SUS, baseado na idéia de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter oportunidades iguais para desenvolver seu potencial de saúde, sendo tal sistema que se baseia na eqüidade responsável por atuar contra os obstáculos ao reduzir as diferenças evitáveis ou injustas entre os indivíduos.²⁵

A relação de iniquidade (elemento oposto da eqüidade) e deficiência é descrita na literatura¹⁷ e aponta diversos obstáculos que atuam contra o correto uso dos serviços de saúde, deixando esse grupo populacional em desvantagem na utilização dos serviços de saúde.

Em conclusão, os discursos expressam que pessoas com algum tipo de deficiência fazem uso de diversos tipos de transporte, demorando períodos variáveis e necessitando de companhia em alguns casos. Problemas na acessibilidade dos serviços de saúde foram relatados pelos sujeitos com deficiências, violando o princípio da eqüidade, preceito do Sistema Único de Saúde. A eliminação desses obstáculos poderia ter valor significativo para essa população na utilização dos serviços de saúde, proporcionando possibilidades igualitárias, quando comparadas com as pessoas sem deficiências.

REFERÊNCIAS

1. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldissarotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):203-16. DOI:10.1590/S1414-32832006000100014
2. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):733-81. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300009
3. Camargos MCS, Perpetuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):379-86. DOI:10.1590/S1020-49892005000500010
4. Carneiro Jr N, Elias PE. Controle público e eqüidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):914-20. DOI:10.1590/S0034-89102006000600023
5. Castro SS, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1773-82. DOI:10.1590/S0102-311X2008000800006
6. Cheer J, Kroll T, Neri MT, Beatty P. Access barriers for persons with disabilities: the consumer's perspective. *J Disabil Pol Studies*. 2003;13(4):221-31. DOI:10.1177/10442073031300404
7. Fortes PAC. A eqüidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):47-50. DOI:10.1590/S0104-42302010000100015
8. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saude Publica*. 1998;14(1):61-70. DOI:10.1590/S0102-311X1998000100014
9. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mexico*. 1985;27(5): 438-53.
10. Gill TM, Robison JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of the disability continuum among community-living older persons. *Ann Intern Med*. 1998;128(2):96-101.

11. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Fam Community Health*. 2006;29(1Suppl):S12-9.
12. Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilization of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. *Health Soc Care Community*. 2006;14(4):284-93. DOI:10.1111/j.1365-2524.2006.00613.x
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro; 2005.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):517-24. DOI:10.1590/S1414-32832006000200017
15. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(5):401-8. DOI:10.1590/S1413-35552008000500010
16. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(5):369-76. DOI:10.1590/S1413-35552007000500007
17. Merrel J, Cert T, Kinsella F, Murphy F, Philpin S, Ali A. Accessibility and equity of health and social care services: exploring the views and experiences of Bangladeshi carers in South Wales, UK. *Health Soc Care Community*. 2006;14(3):197-205. DOI:10.1111/j.1365-2524.2006.00610.x
18. Nagai R, Lefèvre AMC, Lefèvre F, Steluti J, Teixeira LR, Zinn LCS, et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes na prevenção de acidentes de trabalho: estudo qualitativo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):404-11. DOI:10.1590/S0034-89102007000300012
19. Nosek MA, Hughes RB, Petersen NJ, Taylor HB, Robinson-Whelen S, Byrne M, et al. Secondary conditions in a community-based sample of women with physical disabilities over a 1-year period. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87(3):320-7. DOI:10.1016/j.apmr.2005.11.003
20. Oliveira DF, Arieta CEL, Temporini ER, Kara-José N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(5):731-6. DOI:10.1590/S0004-27492006000500021
21. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28):177-88. DOI:10.1590/S1414-32832009000100015
22. Quines S, Cameron I. The use of focus groups with the disabled elderly. *Qual Health Res*. 1985;5(4):454-62. DOI:10.1177/10497329500500406
23. Travassos C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saude Publica*. 1997;13(2):325-30. DOI:10.1590/S0102-311X1997000200024
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 2):S190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
25. Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e eqüidade. *Sao Paulo Perspec*. 2003;17(1):58-68. DOI:10.1590/S0102-88392003000100007
26. Wilson K, Rosenberg MW. Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*. 2004;67(2):137-48. DOI:10.1016/S0168-8510(03)00101-5

Artigo baseado na tese de doutorado de Castro SS, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, em 2010.

Castro SS foi apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo n° 2006/59655-2, bolsa de doutorado).

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq – Processo n° 409724/2006-8).

Os autores declararam não haver conflitos de interesses.