

**ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

**ACCESS OF PEOPLE WITH DISABILITIES TO PRIMARY HEALTH CARE
SERVICES IN BRAZIL**

**ACCESO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LOS SERVICIOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL**

Amanda Petri Tortorelli, Arthur de Almeida Medeiros

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. A pesquisa foi conduzida a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 (PNS) e a amostra foi composta pelas pessoas com deficiência com 2 anos ou mais. Foram analisadas as questões do módulo J que tratam sobre o acesso aos serviços de saúde nas duas semanas anteriores a entrevista. Procedeu-se análise descritiva. Observou-se que as pessoas que procuraram atendimento na APS nas duas semanas anteriores a pesquisa, 67,9% foram atendidas, 27,1% tiveram agendamento para atendimento em outro dia ou local e 5,0% não foram atendidas. Entre o último grupo, 41,0% não conseguiram vaga, 33,0% informaram que não havia médico ou dentista, 7,6% desistiram do atendimento devido o tempo de espera prolongado e 5,5% relataram que o serviço estava fechado. Os resultados indicam que a maioria das pessoas com deficiência tem acesso aos serviços da APS, contudo, uma parcela significativa enfrenta distintas barreiras para acesso aos serviços. Esses dados evidenciam a necessidade de melhorar o acesso e a adequação dos serviços

de saúde para essa população, garantindo atendimento eficiente, inclusivo e em tempo oportuno.

Palavras chaves: Acesso à Atenção Primária. Pessoas com Deficiência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the access of people with disabilities to Primary Health Care (PHC) services in Brazil. The research was carried out based on data from the National Health Survey – 2019 (PNS), and the sample was made up of people with disabilities aged 2 years or more. The questions from module J that deal with access to health services in the two weeks before the interview were analyzed. Descriptive analysis was performed. It was observed that of the people who sought care at PHC in the two weeks before the survey, 67.9% were seen, 27.1% had an appointment scheduled for care on another day or location and 5.0% were not seen. Among the last group, 41.0% were unable to find a place, 33.0% reported that there was no doctor or dentist, 7.6% gave up care due to the long waiting time and 5.5% reported that the service was closed. The results indicate that the majority of people with disabilities have access to PHC services, however, a significant number of face several barriers in accessing services. These data highlight the need to improve access and adequacy of health services to this population, ensuring efficient, inclusive and timely care.

Key words: Access to Primary Care. Disabled Persons. Primary Health Care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil. La investigación se llevó a cabo con datos de la Encuesta Nacional de Salud – 2019 (PNS), y la muestra estuvo compuesta por personas con discapacidad de 2 años o más. Se analizaron las preguntas del módulo J que tratan sobre el acceso a los servicios de salud en las dos semanas previas a la entrevista. Se realizó un análisis descriptivo. Se observó que, de las personas que buscaron atención en APS en las dos semanas previas a la encuesta, el 67,9% fueron atendidas, el 27,1% tenía una cita programada para atención en otro día o lugar, y el 5,0% no fueron atendidas. Entre este último grupo, el 41,0% no pudo encontrar un lugar, el 33,0% informó que no había médico o dentista, el 7,6% renunció a la atención debido al largo tiempo de espera, y el 5,5% informó que el servicio estaba cerrado. Los resultados indican que la mayoría de las personas con discapacidad tienen acceso a los servicios de APS; sin embargo, un número significativo enfrenta diversas barreras para acceder a estos servicios. Estos datos resaltan la necesidad de mejorar el acceso y la adecuación de los servicios de salud para esta población, garantizando una atención eficiente, inclusiva y oportuna.

Palabras clave: Acceso a Atención Primaria. Personas con Discapacidad. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Em 6 de julho de 2015, foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que conceitua a Pessoa com Deficiência (PcD) como “[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”¹.

Segundo os dados disponibilizados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua realizada no ano de 2022, estima-se que a população com deficiência brasileira corresponda a 18,6 milhões de indivíduos².

Tal grupo de pessoas possui necessidades de cuidado específicas e requer uma equipe de saúde disposta e capacitada a receber essas demandas e solucioná-las dentro dos níveis de saúde ofertados nos setores públicos e privados. Estudos apontam que PcD apresentam maior dificuldade em resolver demandas relacionadas à saúde, ou seja, encontram mais obstáculos para resolver problemas de saúde em comparação com pessoas sem deficiência³.

A Lei nº 8.080/90⁴ assegura a saúde como um direito fundamental de todos os indivíduos, e a Portaria nº 1.526/2023⁵, que atualiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), define o objetivo de “promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida”.

Os principais fatores que dificultam o acesso da pessoa com deficiência ao serviço de saúde são: as barreiras atitudinal, estrutural, financeira e pessoal/cultural³,

que podem ser exemplificados pela discriminação enfrentada, a falta de acessibilidade física, a dificuldade de acesso à informação e a escassez de serviços disponíveis⁶.

Sendo assim, precisa-se expandir o olhar para além das barreiras arquitetônicas das unidades de saúde, fator mais conhecido dentro da problemática, e voltar a atenção para as condições individuais de cada paciente, de modo a observar o cenário em que está inserida sua moradia, sua rede de apoio, modo de deslocamento até a centro de saúde, entre outras questões relevantes.

A constituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), em 2012, prevê a disposição de serviços ofertados nas redes de serviço primário, atenção especializada, hospitalar, urgência e emergência, de modo a assisti-los de maneira mais próxima à integralidade⁷. Para isso, é fundamental que a gestão setorial e comunicação entre os serviços de saúde estejam alinhados.

Pensando na articulação da rede de assistência em saúde, a relação de referenciamento e contrarreferência do paciente na rede de saúde, ainda se mostra falha e desarticulada. Deste modo, a comunicação intra e intersetorial se não realizada efetivamente contribui para ser um obstáculo ao acesso do público à saúde, no primeiro contato e seguimento do tratamento, além de evidenciar a fragmentação do cuidado⁸.

A falta de acessibilidade impacta diretamente no acesso da pessoa com deficiência ao serviço de saúde. Um dos obstáculos elencados por Martins et al.⁹ é a barreira arquitetônica que dificulta o acesso devido às limitações físicas locais, que podem variar de degraus altos da calçada da unidade às portas estreitas nos consultórios da Unidade Básica de Saúde (UBS). Outro ponto a ser pautado e posto em reflexão é quanto ao despreparo teórico-prático por parte dos profissionais de saúde que prestam atendimento a este público.

Partindo dessa problemática, é fundamental que se conheça como tem se dado o acesso das PcD aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), portanto, o presente estudo possui como objetivo analisar o acesso das PcD aos serviços da APS no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo conduzido a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 (PNS). A PNS é um inquérito domiciliar de base populacional, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) cujo objetivo principal é conhecer os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira, de modo a compor uma base de dados representativa para subsidiar a formulação e adequação das políticas públicas de saúde do Brasil.

A PNS utiliza a Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisa Domiciliares (SIPD). O plano amostral utiliza amostragem por conglomerados em três estágios com amostra aleatória simples. As Unidades Primárias de Amostragem (UPA), composta por setores censitários, são o primeiro estágio; os domicílios particulares selecionados em cada UPA são o segundo estágio; e o terceiro estágio é a seleção de um morador com 15 anos ou mais em cada domicílio.

Ao final foram selecionados 108.457 domicílios, sendo que 100.541 estavam ocupados. Foram conduzidas 94.114 entrevistas domiciliares, o que resultou em uma base de dados composta pelas respostas referentes a 279.382 pessoas.

Para o presente estudo a amostra foi composta pelas PcD com 2 anos ou mais. Para a seleção da amostra foi considerada as respostas “Sim, muita dificuldade” ou “Sim, não consegue de modo algum” para alguma das questões apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Questões selecionadas para a definição da amostra do estudo. Brasil, 2019.

G46. ___ tem dificuldade permanente de enxergar mesmo usando óculos, lentes de contato ou lupas?
G47. ___ tem dificuldade permanente de enxergar?
G57. ___ tem dificuldade permanente de ouvir mesmo usando aparelhos auditivos? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.) OU ___ tem dificuldade permanente de ouvir sons como vozes ou música, mesmo usando aparelhos auditivos? (Para moradores com 2 a 4 anos ou mais de idade.)
G58. ___ tem dificuldade permanente de ouvir? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.) OU ___ tem dificuldade permanente de ouvir sons como vozes ou música? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)
G70. ___ tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus, mesmo usando prótese, bengala ou outro aparelho de auxílio? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para caminhar, mesmo usando prótese, bengala ou aparelho de auxílio? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)
G71. ___ tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para caminhar? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)
G79. ___ tem dificuldade permanente para levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos, mesmo usando prótese ou aparelho de auxílio? (Somente para moradores com 5 anos ou mais de idade)
G80. ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos, como botões e lápis, ou abrir e fechar recipientes ou garrafas, mesmo usando prótese ou aparelho de auxílio? (Somente para moradores com 5 anos ou mais de idade) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos, mesmo usando prótese ou aparelho de auxílio? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)
G81. ___ tem dificuldade permanente para levantar uma garrafa com dois litros de água da cintura até a altura dos olhos? (Somente para moradores com 5 anos ou mais de idade)
G82. ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos, como botões e lápis, ou abrir e fechar recipientes ou garrafas? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.) OU Comparado com crianças da mesma idade, ___ tem dificuldade permanente para pegar objetos pequenos? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)
G83. Por causa de alguma limitação nas funções mentais ou intelectuais, ___ tem dificuldade permanente para realizar atividades habituais, como se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola, brincar etc.? (Para moradores com 5 anos ou mais de idade.) OU Por causa de alguma limitação nas funções mentais ou intelectuais, ___ tem dificuldade permanente para realizar atividades habituais, como frequentar a escola, brincar etc.? (Para moradores com 2 a 4 anos de idade.)

A partir da aplicação dos critérios definidos, a amostra do presente estudo foi composta por 22.887 pessoas. Para a caracterização da amostra foram considerados as seguintes variáveis: o sexo (masculino ou feminino), a idade (0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 a 84 anos, 85 a 89 anos, 90 a 94 anos, 95 a 99 anos ou 100 anos ou mais), a cor da pele/raça (brancos, pretos, pardos, indígenas ou asiáticos), estado civil (casado(a), divorciado(a)/separado(a), viúvo(a), solteiro(a), sabe ler e escrever (sim ou não), nível de escolaridade (em anos de estudo) (Sem estudo, 1 a 4 anos de estudo, 5 a 8 anos de estudo, 9 a 12 anos de estudo ou 13 a 16 anos de estudo), renda domiciliar per capita (até ¼ salário-mínimo, ¼ até ½ salário-mínimo, ½ até 1 salário-mínimo, 1 até 2

salários-mínimos, 2 até 3 salários-mínimos, 3 até 5 salários-mínimos ou mais de 5 salários-mínimos), tipo de deficiência (visual, auditiva, física, intelectual) e região (norte, nordeste, sudeste, sul ou centro-oeste).

Para a identificação da situação de cadastro da Atenção Primária à Saúde utilizou-se a questão B1 (O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?) e para melhor caracterização foi realizada a descrição considerando as variáveis sociodemográficas dos participantes.

As questões J14 (Nas duas últimas semanas, ___ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?), J15a (Qual foi o motivo principal pelo qual _____ procurou atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas?) J16a (Onde ___ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?) e J36 (Nas duas últimas semanas, por que motivo ___ não procurou serviço de saúde?) foram utilizadas para caracterizar o acesso aos serviços de saúde nas duas semanas anteriores a entrevista.

Para a caracterização específica do acesso das PcD à APS considerou-se as pessoas que tenham respondido “sim” à questão J14 (Nas duas últimas semanas, ___ procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?) e respondido “2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)” à questão J16a (Onde ___ procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?).

A partir desta seleção procedeu-se análise das seguintes questões: J17a (Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas), J18a (Por que motivo ___ não foi atendido(a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?), J19 (Nas duas últimas semanas, quantas vezes ___ voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?),

J20a (Onde ___ procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?), J21. Nessa última vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas, ___ foi atendido(a)?) e J22a. Por que motivo ___ não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?).

Por se tratar de um estudo com amostragem complexa, para as análises foi utilizado o peso da amostra e incorporado o efeito do desenho da amostra. Procedeu-se análise descritiva com apresentação dos resultados em valores relativos e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 atendeu aos requisitos para a condução de pesquisas com seres humanos no país, e foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde sob o Parecer nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019. Os resultados da pesquisa são de domínio público e estão disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

RESULTADOS

Os dados apontam que 8,4% (8,2% - 8,7%) da população com mais de 2 anos de idade tem alguma deficiência, o que equivale, aproximadamente, 17.257.851 de pessoas.

Ao analisar as características sociodemográficas das PcD, observou-se que 49,5% são pessoas idosas, a maioria são negros, não tem plano de saúde e vivem com menos de 1 salário-mínimo per capita. As características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográficas das PcD. Brasil, 2019.

Variáveis	População	% (IC95%)
Idade		
0 a 4 anos	79.439	0,5% (0,4% - 0,6%)
5 a 9 anos	252.367	1,5% (1,3% - 1,7%)
10 a 14 anos	339.882	2,0% (1,7% - 2,3%)
15 a 19 anos	404.520	2,3% (2,0% - 2,7%)
20 a 24 anos	414.683	2,4% (2,1% - 2,7%)
25 a 29 anos	464.538	2,7% (2,4% - 3,0%)
30 a 34 anos	511.808	3,0% (2,7% - 3,3%)
35 a 39 anos	665.083	3,9% (3,5% - 4,3%)
40 a 44 anos	1.000.475	5,8% (5,3% - 6,3%)
45 a 49 anos	1.402.689	8,1% (7,5% - 8,8%)
50 a 54 anos	1.509.124	8,7% (8,2% - 9,3%)
55 a 59 anos	1.679.577	9,7% (9,1% - 10,4%)
60 a 64 anos	1.705.550	9,9% (9,3% - 10,5%)
65 a 69 anos	1.581.602	9,2% (8,6% - 9,8%)
70 a 74 anos	1.365.258	7,9% (7,4% - 8,5%)
75 a 79 anos	1.411.365	8,2% (7,6% - 8,8%)
80 a 84 anos	1.092.526	6,3% (5,8% - 6,9%)
85 a 89 anos	813.476	4,7% (4,3% - 5,2%)
90 a 94 anos	416.878	2,4% (2,1% - 2,8%)
95 a 99 anos	119.521	0,7% (0,5% - 0,9%)
100 anos ou mais	27.489	0,2% (0,1% - 0,2%)
Sexo		
Masculino	6.719.840	38,9% (38,0% - 39,9%)
Feminino	10.538.011	61,1% (60,1% - 62,0%)
Raça/Cor da pele		
Branca	7.095.934	41,1% (40,0% - 42,3%)
Preta	2.082.653	12,1% (11,3% - 12,8%)
Amarela	135.790	0,8% (0,6% - 1,0%)
Parda	7.833.709	45,4% (44,3% - 46,5%)
Indígena	108.751	0,6% (0,5% - 0,8%)
Estado Civil		
Casado(a)	6.392.008	37,8% (36,7% - 38,8%)
Divorciado(a) / Separado(a)	1.329.422	7,9% (7,3% - 8,5%)
Viúvo(a)	3.239.763	19,1% (18,3% - 20,0%)
Solteiro(a)	5.964.853	35,2% (34,2% - 36,3%)
Sabe ler e escrever		
Sim	12.829.548	74,7% (73,7% - 75,6%)
Não	4.348.865	25,3% (24,4% - 26,3%)
Escolaridade		
Sem estudo	3.721.327	21,6% (20,7% - 22,5%)
1 a 4 anos de estudo	3.437.381	19,9% (19,1% - 20,7%)
5 a 8 anos de estudo	4.679.179	27,1% (26,2% - 28,1%)
9 a 12 anos de estudo	4.266.384	24,7% (23,8% - 25,7%)
13 a 16 anos de estudo	1.153.581	6,7% (6,2% - 7,2%)
Tem plano de saúde		
Sim	3.105.831,981	18,0% (17,0% - 19,0%)
Não	14.152.019,594	82,0% (81,0% - 83,0%)
Renda domiciliar per capita		
Até ¼ salário-mínimo	1.517.348	8,8% (8,2% - 9,5%)
¼ até ½ salário-mínimo	2.760.784	16,0% (15,2% - 16,9%)
½ até 1 salário-mínimo	6.418.772	37,2% (36,1% - 38,3%)
1 até 2 salários-mínimos	4.377.047	25,4% (24,3% - 26,4%)
2 até 3 salários-mínimos	1.070.458	6,2% (5,6% - 6,9%)
3 até 5 salários-mínimos	671.438	3,9% (3,4% - 4,4%)
Mais de 5 salários-mínimos	433.250	2,5% (2,2% - 2,9%)
Deficiência		
Visual	6.978.415	39,4% (41,5% - 39,4%)
Auditiva	2.330.442	12,8% (14,3% - 12,8%)
Física	10.071.400	57,3% (59,4% - 57,3%)
Intelectual	2.455.128	13,5% (15,0% - 13,5%)
Região		
Norte	1.355.472	7,9% (7,4% - 8,3%)
Nordeste	5.473.506	31,7% (30,7% - 32,7%)

Sudeste	6.974.302	40,4% (39,1% - 41,7%)
Sul	2.338.952	13,6% (12,8% - 14,3%)
Centro-oeste	1.115.617	6,5% (6,0% - 6,9%)

A tabela 2 apresenta as informações acerca da situação do cadastro na Unidade de Saúde da Família de acordo com as características sociodemográficas das PcD.

Tabela 2 – Situação do cadastro na Unidade de Saúde da Família de acordo com as características sociodemográficas das PcD. Brasil, 2019.

Variáveis	Domicílio cadastrado na Unidade de Saúde da Família?		
	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)	Não sabe % (IC95%)
Idade			
0 a 4 anos	60,9% (47,9% - 72,5%)	28,9% (18,6% - 42,1%)	10,1% (5,0% - 19,6%)
5 a 9 anos	64,5% (56,6% - 71,7%)	22,7% (16,4% - 30,5%)	12,8% (8,6% - 18,7%)
10 a 14 anos	69,8% (61,6% - 76,9%)	19,1% (12,9% - 27,4%)	11,1% (7,3% - 16,6%)
15 a 19 anos	70,1% (62,5% - 76,7%)	20,2% (14,3% - 27,7%)	9,7% (6,8% - 13,8%)
20 a 24 anos	67,3% (61,1% - 73,0%)	21,4% (16,8% - 26,8%)	11,3% (7,5% - 16,7%)
25 a 29 anos	70,8% (64,4% - 76,4%)	18,8% (14,1% - 24,7%)	10,4% (7,0% - 15,1%)
30 a 34 anos	70,3% (64,3% - 75,7)	20,2% (15,5% - 25,9%)	9,5% (6,3% - 14,1%)
35 a 39 anos	67,9% (62,8% - 72,6%)	21,2% (17,1% - 26,0%)	10,9% (8,2% - 14,4%)
40 a 44 anos	70,3% (66,3% - 74,0%)	22,3% (19,0% - 26,1%)	7,4% (5,7% - 9,5%)
45 a 49 anos	68,5% (64,5% - 72,2%)	23,8% (20,5% - 27,4%)	7,8% (6,2% - 9,7%)
50 a 54 anos	71,1% (67,6% - 74,4%)	20,6% (17,8% - 23,7%)	8,3% (6,5% - 10,4%)
55 a 59 anos	69,6% (66,1% - 73,0%)	22,0% (19,1% - 25,1%)	8,4% (6,5% - 10,8%)
60 a 64 anos	68,9% (65,6% - 72,1%)	23,2% (20,2% - 26,4%)	7,9% (6,4% - 9,8%)
65 a 69 anos	67,8% (64,1% - 71,3%)	24,3% (21,0% - 27,9%)	7,9% (6,3% - 9,8%)
70 a 74 anos	67,9% (64,5% - 71,2%)	21,5% (18,8% - 24,6%)	10,5% (8,2% - 13,4%)
75 a 79 anos	68,9% (65,2% - 72,3%)	23,3% (20,1% - 26,8%)	7,9% (6,2% - 9,8%)
80 a 84 anos	65,6% (61,0% - 69,8%)	24,8% (21,0% - 29,0%)	9,7% (7,6% - 12,3%)
85 a 89 anos	65,2% (59,9% - 70,1%)	27,2% (22,6% - 32,4%)	7,6% (5,5% - 10,5%)
90 a 94 anos	55,2% (47,3% - 62,9%)	30,3% (23,5% - 38,1%)	14,5% (9,2% - 22,0%)
95 a 99 anos	57,0% (44,0% - 69,1%)	24,1% (13,6% - 39,0%)	18,9% (10,6% - 31,6%)
100 anos ou mais	84,9% (68,9% - 93,5%)	14,7% (6,2% - 30,7%)	0,4% (0,1% - 3,0%)
Sexo			
Masculino	69,7% (67,9% - 71,5%)	21,4% (19,9% - 23,0%)	8,8% (7,9% - 9,9%)
Feminino	67,2% (65,5% - 68,9%)	23,7% (22,2% - 25,3%)	9,1% (8,2% - 10,0%)
Raça/Cor da pele			
Branca	63,3% (61,0% - 65,5%)	27,0% (24,9% - 29,2%)	9,7% (8,6% - 11,0%)
Preta	67,1% (63,8% - 70,2%)	24,2% (21,4% - 27,2%)	8,7% (7,1% - 10,8%)
Amarela	64,2% (51,3% - 75,4%)	22,8% (13,9% - 35,1%)	13,0% (6,9% - 23,2%)
Parda	72,9% (71,2% - 74,4%)	18,8% (17,5% - 20,2%)	8,3% (7,5% - 9,2%)
Indígena	80,5% (71,2% - 87,3%)	12,7% (7,9% - 19,7%)	6,9% (3,2% - 14,3%)
Estado Civil			
Casado(a)	69,7% (67,6% - 71,7%)	22,5% (20,7% - 24,5%)	7,8% (6,8% - 8,9%)
Divorciado(a) / Separado(a)	61,6% (57,6% - 65,6%)	27,2% (23,7% - 31,1%)	11,1% (8,7% - 14,1%)
Viúvo(a)	65,4% (62,6% - 68,2%)	25,5% (22,9% - 28,2%)	9,1% (7,8% - 10,6%)
Solteiro(a)	69,9% (68,0% - 71,6%)	20,6% (19,1% - 22,2%)	9,5% (8,4% - 10,7%)
Sabe ler e escrever			
Sim	65,2% (63,4% - 66,9%)	25,7% (24,2% - 27,3%)	9,1% (8,3% - 10,0%)
Não	77,3% (75,4% - 79,0%)	14,2% (12,8% - 15,7%)	8,5% (7,5% - 9,7%)
Escolaridade			
Sem estudo	76,9% (74,9% - 78,9%)	14,8% (13,2% - 16,6%)	8,2% (7,1% - 9,6%)
1 a 4 anos de estudo	73,9% (71,6% - 76,1%)	17,7% (15,8% - 19,7%)	8,4% (7,1% - 10,0%)
5 a 8 anos de estudo	66,6% (64,0% - 69,0%)	24,5% (22,3% - 26,8%)	9,0% (7,8% - 10,3%)
9 a 12 anos de estudo	63,3% (60,9% - 65,6%)	27,9% (25,7% - 30,2%)	8,8% (7,7% - 10,1%)
13 a 16 anos de estudo	48,2% (43,9% - 52,5%)	38,2% (34,1% - 42,6%)	13,5% (10,6% - 17,2%)
Tem plano de saúde			
Sim	51,1% (48,0% - 54,1%)	35,6% (32,8% - 38,5%)	13,3% (11,5% - 15,4%)

Não	72,0% (70,4% - 73,4%)	20,0% (18,7% - 21,4%)	8,0% (7,3% - 8,8%)
Renda domiciliar per capita			
Até ¼ salário-mínimo	74,8% (71,3% - 78,0%)	17,9% (15,0% - 21,2%)	7,3% (5,8% - 9,2%)
¼ até ½ salário-mínimo	74,9% (72,1% - 77,5%)	18,4% (16,1% - 21,0%)	6,7% (5,5% - 8,2%)
½ até 1 salário-mínimo	73,4% (71,4% - 75,2%)	18,2% (16,6% - 19,9%)	8,4% (7,4% - 9,6%)
1 até 2 salários-mínimos	64,1% (61,4% - 66,7%)	25,6% (23,3% - 28,0%)	10,3% (8,8% - 12,0%)
2 até 3 salários-mínimos	58,6% (53,3% - 63,7%)	32,0% (27,3% - 37,1%)	9,4% (7,3% - 12,2%)
3 até 5 salários-mínimos	42,5% (36,0% - 49,3%)	45,2% (38,3% - 52,3%)	12,3% (9,1% - 16,5%)
Mais de 5 salários-mínimos	32,2% (25,9% - 39,2%)	50,7% (44,0% - 57,2%)	17,2% (13,3% - 21,8%)
Deficiência			
Visual	68,5% (66,6% - 70,4%)	22,7% (21,0% - 24,5%)	8,8% (7,8% - 9,8%)
Auditiva	66,6% (62,8% - 69,0%)	24,0% (21,3% - 27,0%)	10,0% (8,3% - 12,1%)
Física	69,3% (67,6% - 70,9%)	22,3% (20,8% - 23,8%)	8,4% (7,6% - 9,3%)
Intelectual	69,1% (66,2% - 71,8%)	22,2% (19,8% - 24,9%)	8,7% (7,3% - 10,3%)
Região			
Norte	66,3% (63,2% - 69,1%)	22,4% (20,1% - 24,8%)	11,4% (9,7% - 13,3%)
Nordeste	77,4% (75,8% - 78,9%)	14,3% (13,2% - 15,5%)	8,3% (7,4% - 9,4%)
Sudeste	60,2% (57,0% - 63,3%)	31,6% (28,8% - 34,6%)	8,2% (6,9% - 9,7%)
Sul	72,8% (69,7% - 75,7%)	17,2% (15,1% - 19,6%)	10,0% (8,0% - 12,4%)
Centro-oeste	66,4% (62,3% - 70,3%)	21,6% (18,3% - 25,3%)	12,0% (9,8% - 14,6%)

Nas duas semanas anteriores a entrevista, 34,2% (33,2% - 35,3%) das PcD declararam ter procurado algum serviço de saúde e 65,8% (64,7% - 66,8%) disseram que não procuraram. As informações acerca do local, do motivo de procura e do motivo de não procura de atendimento estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Descrição do local e do motivo pela busca de atendimento em serviço de saúde nas duas últimas semanas anteriores a entrevista por PcD. Brasil, 2019.

	Procurou algum serviço de saúde nas duas últimas semanas?	
	Sim % (IC95%)	Não % (IC95%)
Qual principal motivo pelo qual procurou atendimento?		
Acidente, lesão ou fratura	5,2% (4,3% - 6,4%)	
Doença (dor, febre etc.) ou continuação de tratamento	56,7% (54,5% - 58,8%)	
Problema odontológico	3,0% (2,4% - 3,7%)	
Reabilitação	4,7% (4,0% - 5,5%)	
Pré-natal	0,3% (0,2% - 0,6%)	
Parto	0,0% (0,0% - 0,1%)	
Exames complementares	10,4% (9,3% - 11,7%)	
Vacinação	0,7% (0,4% - 1,1%)	
Prevenção, check-up ou puericultura	9,2% (8,2% - 10,4%)	
Solicitação de atestado de saúde	0,2% (0,1% - 0,4%)	
Acompanhamento com psicólogo, nutricionista ou outro profissional	8,9% (7,8% - 10,2%)	
Outro motivo	0,6% (0,4% - 1,0%)	
Onde procurou atendimento?		
Farmácia	0,9% (0,6% - 1,3%)	
Unidade básica de saúde	40,7% (38,7% - 42,6%)	
Policlínica pública ou centro de especialidades público	6,9% (6,0% - 8,0%)	
UPA ou serviço de emergência em hospital público	12,2% (10,6% - 14,1%)	

Ambulatório de hospital público	9,2% (8,3% - 10,3%)
Serviço privado	25,3% (23,5% - 27,1%)
Pronto atendimento privado	1,7% (1,3% - 2,3%)
Domicílio	2,0% (1,4% - 2,8%)
Outro serviço	1,1% (0,8% - 1,5%)
Por que não procurou atendimento?	
Não houve necessidade	87,9% (87,0% - 88,8%)
Não tinha dinheiro	2,4% (2,0% - 2,8%)
Local distante ou dificuldade de transporte	1,9% (1,6% - 2,3%)
Horário incompatível	0,9% (0,7% - 1,2%)
Atendimento demorado	2,4% (2,1% - 2,9%)
Serviço não possuía especialista de acordo com a sua necessidade	1,8% (1,5% - 2,3%)
Achou que não tinha direito	0,0% (0,0% - 0,1%)
Não tinha acompanhante	0,4% (0,3% - 0,6%)
Não gostava dos profissionais	0,3% (0,2% - 0,5%)
Greve nos serviços	0,1% (0,1% - 0,2%)
Outro motivo	1,7% (1,4% - 2,1%)

Em relação às pessoas que procuraram atendimento na Atenção Primária à Saúde nas duas semanas anteriores a pesquisa, 67,9% (65,2% - 70,5%) foram atendidas, 27,1% (24,7% - 29,7%) tiveram agendamento para atendimento em outro dia ou outro local e 5,0% (4,1% - 6,2%) não foram atendidas.

Dentre as pessoas que não foram atendidas na primeira tentativa, 41,0% (30,6% - 53,1%) relataram que não conseguiram vaga ou senha; 33,0% (23,2% - 44,5%) informaram que a unidade não tinha médico ou dentista; 7,6% (3,8% - 14,6%) informaram que o tempo de espera foi longo e desistiram do atendimento e 5,5% (2,8% - 10,5%) não foram atendidas pois o serviço estava fechado.

Observou-se que 41,7% (36,8% - 46,7%) das pessoas não procuraram atendimento novamente e 58,3% (53,3% - 63,2%) procuraram novo atendimento ao menos uma vez. Nesta segunda tentativa, 89,0% (84,4% - 92,3%) das pessoas procuraram atendimento na Unidade Básica de Saúde e 83,4% (78,9% - 87,1%) foram atendidas.

Dentre aquelas que não foram atendidas nesta segunda tentativa, 48,5% (34,8% - 62,5%) não conseguiram vaga ou senha; 28,5% (18,6% - 41,1%) relataram que não tinha médico ou dentista na unidade; 5,5% (1,7% - 16,6%) disseram que o tempo de

espera foi longo e desistiram do atendimento e 4,8% (1,9% - 11,9%) não foram atendidas pois o serviço estava fechado.

DISCUSSÃO

No contexto do SUS, o acesso aos serviços de saúde é princípio fundamental consequente da efetivação da integralidade, da equidade e da universalidade. Entretanto, apesar de intenções positivas normativas e de necessidades coletivas, a efetivação do acesso universal ao SUS, ou seja, a possibilidade de todos os cidadãos serem cadastrados e usarem os serviços deste sistema, permanece complexa¹⁰.

O conceito de acesso é multidimensional e vai além da disponibilidade e acesso geográfico, envolvendo a aceitação cultural dos serviços e propostas presentes, com desafios centrados em dimensões técnicas, humanizadas e econômicas. O acesso de forma ampla envolve a distribuição equitativa dos serviços de saúde no SUS. Historicamente, o Brasil enfrenta dificuldades de acesso e garantia ao direito universal à saúde, exacerbadas por limitações operacionais e estruturais do próprio sistema, além de carências de integração entre níveis de atendimento e dificuldades em mecanismos de referência e contrarreferência^{10,11}.

Esse acesso no contexto do SUS seria produto efetivo e equitativo de um planejamento plural com os atores do sistema de saúde em esforço coordenado. O acesso viria de aspectos como melhoria da capacidade de gestão, ampliação infraestrutural e mecanismos de fortalecimento de atendimento, controle e participação social, visando um sistema de saúde justo e acessível para todos. Isso é relevante, uma vez que as assimetrias no SUS impactam especialmente as parcelas vulneráveis, como as PcD¹².

A compreensão (e diferenciação) adequada dos termos acesso e acessibilidade é essencial para orientar análises e políticas a respeito do SUS. Acesso se refere à

capacidade dos cidadãos de utilizarem o SUS, e acessibilidade às adaptações necessárias para garantir esse acesso considerando diversas realidades. No atendimento de PcD pelo SUS, esses elementos são fundamentais para entender e mediar fatores como assimetrias sociodemográficas, que afetam o uso e a entrada em programas de atenção primária e cuidado à saúde. As PcD são frequentemente vistas como excluídas do acesso, especialmente idosos, pessoas de baixa renda e menor escolaridade, que acessam menos os cuidados de saúde. Portanto, é crucial eliminar as barreiras que bloqueiam o acesso e promover a igualdade dessas condições, conhecendo as populações afetadas e atuando para alcançar a equidade desejada^{12, 13}.

Dessa forma, no contexto do SUS, a distinção entre acesso e acessibilidade é fundamental para a equidade em saúde: o acesso universal é essencial, mas não suficiente para a utilização completa dos serviços pela população. É necessário eliminar barreiras físicas, socioeconômicas ou culturais ao SUS, para garantir o entendimento completo de seus serviços e incentivar políticas que expandam sua oferta.

Na extensão da amplitude desse acesso, a análise dos dados da PNS 2019 indicou que 8,4% da população total do país tem algum tipo de deficiência, destacando uma alta proporção de pessoas idosas (49,5% com idade >60 anos). Em geral, a prevalência de PcD no Brasil aumenta com a idade, com menores percentuais em grupos mais jovens e um aumento a partir dos 40 anos. Isso se associa ao aumento na demanda por serviços contínuos e especializados de saúde, incluindo atendimento em reabilitação e de natureza multiprofissional a longo prazo e são coerentes com estudos como os de Guimarães et al.¹⁴, Souza¹⁵ e Botelho e Lenzi¹⁶, que indicam que o envelhecimento populacional do país demanda políticas públicas para o cuidado integrado dos idosos, incluindo as PcD dessa faixa etária. As condições gerais de expectativa desse quadro, somadas à multimorbidade da senescência, aumentam a

demanda por serviços de saúde e modelos de atenção integrais, adequados às necessidades dos diferentes grupos de idosos, incluindo PcD.

Embora tenha sido observado elevada proporção de pessoas cujo domicílio é cadastrado na Unidade de Saúde da Família, ainda se evidencia uma significativa proporção de pessoas que não são cadastradas indicando lacunas no alcance do SUS, sobretudo nesta parcela da população. Ao se analisar por faixas etárias, verifica-se uma baixa proporção de domicílios cadastrados entre as PcD com até 4 anos de idade, fato que desperta alerta uma vez que os primeiros anos de vida são fundamentais para o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. É fundamental melhorar os sistemas de vigilância e diagnóstico precoce, para que crianças sejam identificadas e recebam o aporte necessário ao longo da vida, favorecendo um desenvolvimento pleno e alinhando-se ao movimento internacional de rastreamento e abordagem dessas populações para intervenção precoce¹³.

Quanto ao gênero, 61,1% das PcD consideradas na pesquisa de base deste estudo são mulheres e 38,9% homens. Contudo, em cálculo proporcional aos cadastros em USF, a diferença entre homens e mulheres, cujos domicílios não são cadastrados na USF foi pequena: 21,4% dos homens e 23,7% das mulheres. Esse achado contrasta com a tendência histórica de maior participação feminina em cuidados preventivos e de rotina, enquanto homens costumam buscar atendimento em emergências. Conforme Brasil¹⁷ e Mello e Nuernberg¹⁸, a pequena diferença apresentada sugere que, entre PcD, o comportamento dos gêneros é mais similar ao observado na população geral quanto ao cadastramento e uso dos serviços do SUS. Ainda assim, o alto número de não cadastrados indica falhas no acesso universal à saúde, demandando políticas públicas que garantam a cobertura cadastral e o acesso das PcD, independentemente do gênero, a cuidados de saúde e programas gerais do SUS, sobretudo preventivos.

Essas falhas, quando associadas às mulheres, devem ser analisadas sob a ótica da múltipla vulnerabilidade: a simetria com o comportamento masculino pode indicar que as condições da deficiência ampliam a dupla desvantagem das mulheres com deficiência, resultado da “[...] complexa combinação de discriminação baseada em gênero e deficiência”¹⁸ (p. 639).

Em relação a raça ou cor da pele verificou-se que entre pardos, maioria neste estudo, 72,9% relataram estar cadastrados em USF, e entre indígenas, 80,5%. Contudo, entre pessoas pretas, o percentual cai para 67,1% e, entre brancos, 63,3%. A predominância de indígenas, pretos e pardos na população cadastrada reflete a alta dependência desses grupos do SUS e sua vulnerabilidade, que pode gerar limitações no acesso à saúde.

Segundo Batista et al.¹⁹, esses dados indicam possíveis falhas em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica quanto à capilarização do SUS, como comunidades quilombolas, indígenas e favelas, onde o acesso à saúde privada é limitado, tornando a saúde pública dependente de políticas de acesso. O menor percentual de pessoas brancas com deficiência cadastradas pode refletir a concentração desse grupo em áreas de maior cobertura de serviços privados. Contudo, o elevado percentual de pessoas pretas, pardas e indígenas com deficiência não cadastrados evidencia a persistência de barreiras ao acesso universal e pleno à saúde.

As deficiências mais apontadas na população geral analisada foram física (57,3%), visual (39,4%), intelectual (13,5%) e auditiva (12,8%). Considerando afirmações de cadastramento, foi obtido o seguinte percentual de PcD cadastrados em USF por deficiência: física (69,3%), intelectual (69,1%), visual (68,5%) e auditiva (66,6%). Conforme Carvalho et al.²⁰, a baixa prevalência de pessoas com deficiência intelectual, contrariando a estimativa global, pode decorrer de subdiagnósticos. A baixa

acessibilidade em serviços de saúde pode impedir que essas pessoas recebam atendimento adequado e expressem os sintomas corretamente, entre outras dificuldades.

A maior parte da população geral deste estudo se apresentou concentrada no Sudeste (40,4%), Nordeste (31,7%) e Sul (13,6%), enquanto os cadastros se distribuíram da seguinte forma: Nordeste (77,4%), com menor percentual de não cadastrados (14,3%); Sul (72,8%); Centro-Oeste (66,4%), Norte (66,3%) e Sudeste (60,2%). A posição de destaque da região Nordeste nas duas análises pode ser compreendida pelo porte populacional e desigualdades históricas no acesso e desenvolvimento dos sistemas de saúde. A menor quantidade de PcD em geral foi registrada no Norte (7,9%) e Centro-Oeste (6,5%). Conforme Vieira²¹, independentemente do tamanho populacional, o atendimento das PcD enfrenta desafios territoriais, estruturais, atitudinais e humanos. As regiões do país lidam com desafios próprios de sua localização e cultura, além de carências profissionais e logísticas, agravadas em cenários de restrição financeira.

De forma geral, o analfabetismo na população do estudo foi elevado (25,3% da população geral, sendo que desse total, considerando cadastros, 77,3% dos PcD não alfabetizados considerados ao estudo afirmaram ter cadastro em USF), refletindo carências de acesso à educação associadas a essa população. Mesmo alfabetizados, 21,6% afirmaram não ter nível formal de escolaridade definido. Quanto à escolaridade, esta pesquisa identificou relação inversa com o cadastro nas USF: indivíduos sem escolaridade formal apresentaram 14,8% de não cadastrados e, entre PcD com 13 a 16 anos de estudos, o percentual de não cadastrados foi de 38,2%. A posse de plano de saúde privado é fator determinante na necessidade de cadastramento no SUS. Entre PcD com deficiência com plano de saúde, 51,1% possuíam cadastro em USF, enquanto

13,3% não sabiam informar. Entre as pessoas que não possuem plano de saúde, 72% estavam cadastrados e 8% desconheciam a sua situação.

Essa diferença pode ser compreendida, a partir de Manica e Caliman²², Scortegagna et al.²³ e Thomaz et al.²⁴, pelo menor acesso de pessoas de escolaridade mais baixa a planos de saúde privados, com maior dependência do SUS. Ainda, a presença de um nível de instrução mais elevado pode facilitar o acesso a planos de saúde empresariais, empregos formais e outras vias que permitam o acesso à saúde privada, com menor vínculo ou busca por atendimentos no SUS. Contudo, o desconhecimento sobre a situação cadastral se mostrou problemática e recorrente, mesmo entre grupos mais instruídos, indicativo da necessidade de campanhas informativas mais abrangentes. Essa condição reflete o fato de que as PcD com acesso a planos de saúde privados usualmente utilizam o sistema suplementar de saúde para seus atendimentos, o que não ocorre com a maior parte dos indivíduos sem planos, que entram em dependência do SUS.

Ainda, é importante ponderar que o alto número de PcD com plano de saúde e sem cadastro no SUS é uma problemática relevante, especialmente em situações emergenciais, onde mesmo a inclusão em assistência privada pode não ser suficiente para garantir a cobertura necessária de atendimento pelo SUS. Conforme Marinho e Ocké-Reis²⁵, é possível que a faixa de cadastro identificada nesta pesquisa tenha relação com o uso do SUS como segunda linha de cuidado (ou alternativa de segunda via) aos que possuem planos de saúde, mas por alguma razão terminam sendo levados ao SUS para determinados atendimentos. A falta de cadastros, nesses casos, é um limitador da qualidade de atendimento emergencial ou de suplementação privada.

Conforme os dados identificados, 62% das PcD em geral deste estudo vivem com renda de até um salário-mínimo, com 88% desses indivíduos vivendo com menos

de $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo. Quanto ao cadastro em ESF, a proporção de cadastramento é reduzida conforme há aumento da renda domiciliar *per capita*, indo de 74,8% para pessoas com renda de $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo a 32,2% entre os afirmaram renda > cinco salários-mínimos. Essas condições vinculam o indivíduo à dependência do SUS e, mesmo em situação restritiva, 25,2% afirmaram não ter cadastro na atenção primária à saúde, sugerindo falhas de alcance à universalidade do SUS. Este estudo evidenciou relação entre renda per capita e taxa de cadastro. Entre as PcD com renda de até $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, 17,9% afirmaram não ter cadastro, enquanto entre aquelas que recebem mais de cinco salários-mínimos, 35,6% não estão cadastradas. A diferença reflete o papel do SUS como rede de proteção social à população de baixa renda.

Hamada et al.²⁶ permitem refletir sobre esses dados, indicando que uma maior faixa de rendimento mensal possibilita o acesso a serviços de saúde privados, enquanto uma renda mais restrita torna o atendimento pelo SUS uma via obrigatória, dada sua universalidade e gratuidade. Todavia, na análise de Manica e Caliman²² e Marinho e Ocké-Reis²⁵, a elevada taxa de não cadastrados na menor renda (25,2%) sugere que mesmo as pessoas em maior vulnerabilidade podem enfrentar barreiras ao cadastramento, comprometendo a universalidade proposta pelo SUS. O cadastro em uma USF é influenciado por determinantes sociodemográficos, de forma que indivíduos mais idosos, de menor renda e escolaridade, bem como sem assistência de plano de saúde, apresentaram maior adesão ao cadastro nessas unidades, com maior dependência do SUS como via central de acesso à saúde. A alta taxa de pessoas não cadastradas, dentro e fora de populações vulneráveis, indicou desafios à universalização do acesso à atenção primária entre as PcD.

A investigação da variável “por que não procurou atendimento” revela importantes informações sobre os motivos para as PcD deixarem de procurar os

serviços de saúde no Brasil, com barreiras plurais de evitação, que ressaltam limitações estruturais e financeiras. A alegação de 87,9% dos indivíduos que não procuraram atendimento foi a não necessidade de busca, refletindo carência de acompanhamento contínuo e preventivo. Muitas condições de saúde podem acometer a população e progredir de forma silenciosa ou subdiagnosticada, exceto na presença de acompanhamento contínuo (ex. diabetes e hipertensão). Assim, essa alegação pode indicar necessidade de ações educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças, com estratégias personalizadas a este público.

Outra alegação frequente foi a morosidade no atendimento (2,4%), indicativo de problema estrutural no SUS envolvendo superlotação e escassez de profissionais, fatores que comprometem a efetividade do atendimento e desestimulam a busca por cuidados preventivos. A distância de acesso ou dificuldade de transporte foi citada por 1,9% dos participantes, reforçando a necessidade de capitalização e distribuição equitativa de serviços de saúde, especialmente em áreas rurais ou periferias urbanas para melhorar o acesso das pessoas ao atendimento. A falta de um especialista adequado foi mencionada por 1,8% das pessoas como motivo para não buscar atendimento, dado relevante considerando que PcD frequentemente necessitam de atendimento multidisciplinar, e essa carência impacta o cuidado integral qualificado.

A ausência de busca por atendimento sob a alegação de falta de dinheiro (2,4%) esteve presente neste estudo e, ainda que o SUS seja gratuito, essa justificativa foi associada à dificuldade indireta de acesso (como alimentação, deslocamento ou alojamento, necessidades não cobertas pelo sistema). As limitações financeiras indicam desigualdades que comumente afetam populações vulneráveis, podendo impactar o acesso ao cuidado com a saúde, como no caso das PcD. Nesse contexto, programas como transporte sanitário pode mitigar esses desafios.

É possível analisar, sob a ótica de Marinho e Ocké-Reis²⁵ frente a esses dados, que o SUS busca atuar com centralidade no atendimento das PcD, especialmente pelo atendimento prestado pelas UBS. Entretanto, o uso de consultórios particulares e farmácias representa a insuficiência no atendimento desse objetivo, manifestada como morosidade no acesso, baixa resolutividade e dificuldades de deslocamento. A busca concentrada por atendimento em doenças crônicas destaca a importância de políticas de atenção multidisciplinar e continuada à esta população, além da baixa adesão a buscas preventivas, evidenciando falhas de alcance em campanhas de prevenção e promoção da saúde. Ainda, é importante considerar que PcD vivenciam, comumente, dificuldades adicionais, como carência de veículos adaptados ao transporte ou alternativas públicas acessíveis, sendo essa condição parte de uma ESF eficiente para aproximar o público do cuidado necessário à saúde.

Assim, a consideração dos motivos centrais de ausência de busca por atendimento das pessoas nesta pesquisa mostra uma combinação de fatores individuais, sociais e estruturais, cuja superação demanda a iniciativa de ações de educação em saúde (para ampliação de campanhas de conscientização e cuidado preventivo), melhoria na acessibilidade com transporte sanitário adaptado e acessibilidade arquitetônica, bem como estruturação mais dinâmica de horários e capacitação profissional, sobretudo com enfoque humanizado e treinamento voltado às necessidades das PcD.

Esta pesquisa observou ainda um desafio importante sobre acessibilidade e continuidade do cuidado da APS às PcD: 27,1% das pessoas que buscaram atendimento foram orientadas a buscar novamente em outro local ou data, e 5,0% não foi atendida de forma alguma. Considerando os indivíduos não atendidos em primeira tentativa, os motivos principais foram falta de vaga ou de profissional de saúde como barreiras, com

41,7% dessas indivíduos deixando de buscar novo atendimento. A esse respeito, a literatura^{21, 25} indica que a falha no sistema de saúde não somente sobrecarrega as unidades com demandas recorrente, como gera rupturas importantes na continuidade e acesso aos serviços de saúde para PcD. O processo de cuidado é rompido pela descontinuidade e dificuldade de assistência, o que ressalta a importância da eficácia desde o primeiro contato com o sistema de saúde.

Caso o cuidado não seja ofertado na primeira tentativa, grande parte das pessoas não retorna, perdendo, assim, o seguimento do cuidado. Isso evidencia as adversidades da marginalização das populações PcD da APS, uma vez que as barreiras para a busca de cuidado são agravadas por limitações diversas (ex. transporte, especialidades, deslocamento, suporte e outros) em grande parte dos casos.

Estudos como de

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora a PNS forneça dados de abrangência nacional, se dá em formato transversal de coleta, o que significa que não permite a observação de mudanças ao longo do tempo e nem a evolução das condições do acesso. Além disso, a falha na precisão das informações autorrelatadas e a subnotificação de informações, visto que a deficiência pode ser mal identificada ou não declarada adequadamente, também pode afetar a representatividade dos dados.

Outra limitação relevante deste estudo, refere-se ao fato de que a amostra considera apenas indivíduos com dois anos ou mais. Essa restrição é particularmente significativa, pois exclui crianças com menos de dois anos, que possuem necessidades de saúde específicas e um acesso diferenciado aos serviços de saúde. A deficiência pode ser diagnosticada ou identificada já na infância, e a ausência dessa faixa etária na

análise impede uma visão completa das condições de acesso a serviços desde os primeiros anos de vida.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do SUS e visa garantir o cuidado integral e acessível a toda população. Este estudo apontou que aspectos individuais junto a fragilidades nos atendimentos das unidades de saúde são os maiores desafios para o acesso a saúde encontrado pela parcela da população brasileira com deficiência.

A dificuldade em reconhecer, atender prontamente as demandas das pessoas com deficiência na APS e acompanhá-los dentro da rede, reflete fragilidades na coordenação e na longitudinalidade do cuidado, comprometendo a resolutividade desse nível de atenção. Essa limitação pode resultar em barreiras no acesso e na continuidade do acompanhamento, reforçando a necessidade de estratégias que promovam um acolhimento mais efetivo e uma assistência integrada."

Para superar essas limitações, é essencial aprimorar a APS, garantindo a presença de profissionais qualificados e constante readequação de fluxo conforme a demanda de saúde local. Além disso, a fim de dissolver as lacunas expostas neste estudo, o investimento na capacitação de profissionais, a comunicação inclusiva e o desenvolvimento de políticas públicas específicas para atender as necessidades das PcD são estratégias práticas que podem promover um atendimento mais equitativo e resolutivo.

Por fim, é imprescindível monitorar continuamente o acesso e a qualidade dos serviços ofertados, bem como implementar ações de educação e conscientização que informem as PcD sobre seus direitos e os serviços disponíveis. Apenas com essas

medidas será possível assegurar o direito à saúde e reduzir as desigualdades enfrentadas por essa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. *Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da pessoa com Deficiência)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jul. 2015.
2. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). *Pessoas com deficiência : 2022 / IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. ISBN 9788524045738. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013_informativo.pdf.
3. Condessa AM., Giordani JMA, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2020; 23, e200074.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.
5. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. *Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 out. 2023.
6. Miranda GMD, Köptcke LS, Albuquerque MSV, Santos MPR, Carvalho MEL, Reichenberger V, Lyra TM. (2024). O acesso das pessoas com deficiência aos

- serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade* 2024; 33, e230582.
7. Medeiros AA, Galvão MHR, Barbosa IR, Oliveira AGRC. Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: A multivariate analysis from Andersen's behavioral model. *Plos one* 2021; 16(4), e0250615.
 8. Macedo MS, de Almeida MMC, Arce VAR. Desafios e perspectivas relacionados à ampliação do acesso da pessoa com deficiência à atenção básica. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2023; 47(1), 258-268.
 9. Martins KP, da Costa TF, de Medeiros TM, Fernandes MGM, de França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21, 3153-3160.
 10. Assis MMA e Jesus WLAD. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17, 2865-2875.
 11. Jesus WLAD e Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010, 15, 161-170.
 12. Quadra MR, Schäfer AA, e Meller FDO. Desigualdades no uso dos serviços de saúde em um município no Sul do Brasil em 2019: estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2023, 32, e2022437.
 13. Freitas MCD. Educação inclusiva: Diferenças entre acesso, acessibilidade e inclusão. *Cadernos de Pesquisa* 2023, 53, e10084.
 14. Guimarães MRC, Giacomini KC, Ferreira RC, e Vargas AMD. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2023, 28, 2035-2050.

15. Souza ASS. Multimorbidade e uso de serviços de saúde na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2023, 32, e2023045.
16. Botelho LC, e Lenzi MB. Trajetória da identificação das pessoas com deficiência no Brasil: uma análise das pesquisas domiciliares do IBGE. *Ciência & Saúde Coletiva* 2024, 29 (11), e03932024.
17. BRASIL. *Ministério da Saúde*. Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
18. Mello AG, e Nuernberg AH. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Revista Estudos Feministas* 2012, 20, 635-655.
19. Batista LE, Santos MPA, Cruz MM, Silva A, Passos SCS, Ribeiro EE, Toma TS e Barreto JOM. Produção científica brasileira sobre saúde da população negra: revisão de escopo rápida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2022, 27, 3849-3860.
20. de Carvalho MEL, de Lima TNB, de Souza JLM, Falcão TML, Taurino IJM, Terenci AP, Ferreira ILA, Fernandes DL, Lucena MS, Cabral JL, Santos FB, e Ferreira DRA. A acessibilidade nos serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa com deficiência, Recife-PE. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020, 12(1), e1767-e1767.
21. Vieira DKR (Ed.). *Pessoas com deficiência e doenças raras: o cuidado na atenção primária* 2019. SciELO-Editora FIOCRUZ.
22. Manica LE e Caliman G. *Inclusão das pessoas com deficiência na educação profissional e no trabalho: limites e possibilidades* 2020. Paco e Littera.
23. Scortegagna HDM, dos Santos PCS, Santos MIPO e Portella MR. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery* 2021, 25(4), e20200199.

24. Thomaz EBAF, Costa EM, Goiabeira YNLA, Rocha TAH, Rocha NCS, Marques COM e Queiroz RCS. Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021, 26, 897-908.
25. Marinho A e Ocké-Reis CO. *SUS: o debate em torno da eficiência* 2022. SciELO-Editora FIOCRUZ.
26. Hamada RKF, de Almeida VOC, Brasil ICF, Souza SG, Luzia RAB, Campos EMS e Leite ICG. Conhecendo o Sistema Único de Saúde: um olhar da população. *Revista de APS* 2018, 21(4).