

Pessoas com deficiência e o uso dos serviços de saúde: a questão da (in)acessibilidade

Persons with disabilities and the use of the health services: the issue of the (in)accessibility

Shamyr Sulyvan de Castro¹

Resumo

O presente ensaio tem por objetivo evidenciar algumas barreiras de acessibilidade que as pessoas com deficiência enfrentam no uso dos serviços de saúde, e a influência delas sobre a universalidade e a equidade no SUS, direitos dos cidadãos brasileiros. Ao longo do texto, também são discutidos conceitos importantes para o entendimento dos problemas de acessibilidade aos serviços de saúde e suas implicações negativas sobre o direito à saúde e sobre a universalidade e a equidade, propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

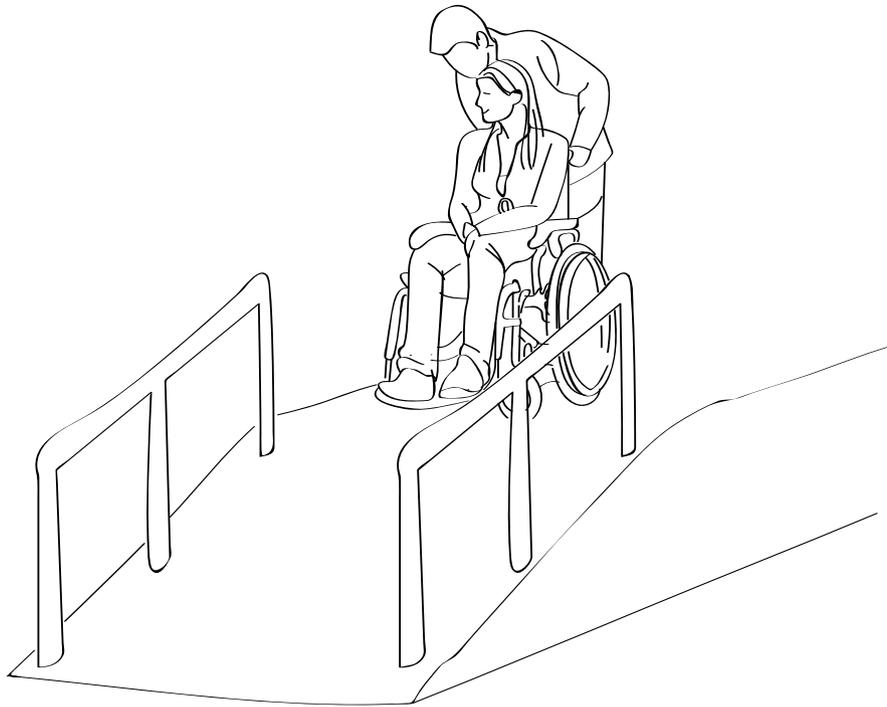
Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Acesso aos serviços de saúde; Sistema Único de Saúde

Abstract

This essay aims to highlight some accessibility barriers that people with disabilities face in the use of health services and the influence of these barriers on the universality and equity of the Brazilian health system, rights of Brazilian citizens. Important concepts are also discussed throughout the text aiming to understand the problems of accessibility to health services and their negative implications on the right to health and on the universality and equity, precepts of the Brazilian health system.

Keywords: Persons with disabilities; Accessibility to health services; Unified Health System

¹Shamyr Sulyvan de Castro (shamyr@fisioterapia.uftm.edu.br) é fisioterapeuta. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, com Doutorado sanduíche na Ludwig Maximilian Universität de Munique, Alemanha. Professor adjunto de saúde coletiva e epidemiologia no curso de fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba-MG.



Introdução

As pessoas com algum tipo de deficiência têm se tornado um grupo social mais organizado e coeso, que busca lutar por seus direitos junto às instâncias governamentais e a discussão dos direitos desse grupo tem sido considerada, dado que estruturas políticas, administrativas e de gestão vêm surgindo em diversos níveis, como, por exemplo, a Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no âmbito nacional, e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida (SMPED) da cidade de São Paulo. Nesse contexto, a discussão da acessibilidade aos serviços de saúde se faz pertinente, considerando que a saúde também é um direito de cada cidadão brasileiro.

A prevalência de pessoas com deficiências

As informações sobre a prevalência das deficiências são divergentes, variando de acordo com o país. Essas variações têm sua origem nas diferentes definições

adotadas pelos pesquisadores ao redor do mundo¹⁹. Neste contexto, com o objetivo de padronizar o conceito de deficiência, uma definição foi indicada, visando sua aplicação em inquéritos de saúde. Dessa forma, as estatísticas sobre o tema poderiam ser mais facilmente comparadas. Segundo o proposto, deficiência é uma dificuldade de funcionamento do corpo e nos níveis pessoal e social, em um ou mais domínios de vida, como vivenciado por indivíduos com uma condição de saúde em suas interações com fatores contextuais^{II}.

Buscando conhecer melhor o número de pessoas com deficiência, a OMS, em um inquérito realizado em 59 países em 2004³⁶, fez um levantamento da prevalência de pessoas com deficiência. Os dados encontrados apontam que, no total de nações pesquisadas, a prevalência de deficiência na população com 18 anos e mais foi de 15,6%, ou algo em torno de 650 milhões de pessoas com deficiência entre um total populacional estimado de 4,2 bilhões. A prevalência foi de 11,8%, entre os países com renda alta, e de 18% entre aqueles com renda classificada como baixa. No Brasil, as informações sobre a prevalência das deficiências entre a população total são derivadas principalmente do Censo Demográfico realizado em 2000^{III}, que inferiu que 14,5% da população do país tinha pelo menos uma deficiência, sendo que a região Nordeste apresentou a maior proporção, 16,8%, e o Sudeste, a menor, 13,1%^{IV}. Uma pesquisa realizada com uma metodologia propos-

^ITradução livre do autor.

^{II}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2000. Site disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtml>

^{III}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Projeção da População do Brasil. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1272

ta pela OMS examinou a prevalência de deficiências em algumas cidades do Brasil, mostrando porcentagens variadas, porém nenhuma delas alcançando o limiar de 14,5%, encontrado pelo Censo Demográfico de 2000. As cidades de Macapá e Feira de Santana-BA foram os locais com maior prevalência, com 9,7% e 9,6%, respectivamente; e Brasília registrou a menor, 2,8%³¹. Os números apresentados reforçam o caráter divergente das informações sobre a ocorrência das deficiências na população nacional. Um novo Censo Demográfico foi realizado no ano de 2010, e a divulgação de seus resultados já se iniciou. Entretanto, os dados sobre as pessoas com deficiências ainda não foram publicados, o que está previsto ainda para esse ano. As informações do Censo Demográfico 2010 serão as mais atualizadas. Contudo, a metodologia usada foi a mesma do ano 2000. Se por um lado ela permitirá a comparação com a contagem anterior, por outro ela pode estar sujeita à mesma distorção apresentada anteriormente^v.

As prevalências para o estado de São Paulo também foram investigadas pelo IBGE em 2000, com porcentagem de 11,35%¹¹, enquanto que, nas cidades de Santo André, Santos e São José dos Campos, os números foram 7,5%, 6,1% e 5,9%, respectivamente³¹. O Censo Demográfico de 2000 nos mostra que, nessa época, 10% dos habitantes da cidade de São Paulo tinham algum tipo de deficiência^{vi}. Campinas, Botucatu, São Paulo, Taubão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra mostraram prevalência de 11,08%³. Outro inquérito de saúde realizado em 2008 na cidade de São Paulo mostrou prevalência de 12,1%^{vii}. Se essa proporção se confirmar nas informações que serão divulgadas pelo IBGE, de acordo com a contagem populacional de 2010, teríamos, na cidade de São Paulo, aproximadamente 112 mil pessoas com alguma deficiência, considerando que a população da cidade de São Paulo tem 11.253.503 hab^{viii}.

^vSasaki RK. O censo de pessoas com deficiência na era da inclusão. 2003. Disponível em <http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=5269>

^{vi}Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=25&u1=1&u2=1&u3=1&u4=1&u5=1&u6=1>

^{vii}Inquérito de Saúde na cidade de São Paulo - ISA. Resultados preliminares. 2008. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/isa-sp/primeirosresultados.pdf>

^{viii}Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>

^{ix}Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da População do Brasil. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272

Além de se considerar a importância populacional desse grupo, faz-se mister lembrar que eles, em virtude de seu quadro geral de saúde ou mesmo de sua deficiência, possuem necessidades diferenciadas em saúde. A literatura é rica em informações sobre a maior exposição de pessoas com deficiências às chamadas comorbidades, que são doenças que se apresentam em associação às deficiências^{2,6,7,10,17,20,25}. Uma possível explicação para a maior ocorrência de comorbidades entre as pessoas com algum tipo de deficiência seria o fato de que elas possuem uma “thinner margin of health” ou um limiar de saúde mais tênue, proporcionando uma situação de saúde mais instável do que para outras pessoas sem a deficiência¹².

Considerando que há uma associação entre a idade e a ocorrência de deficiências³ e que o país caminha aceleradamente para um perfil populacional envelhecido, como mostram dados do IBGE^{ix}, podemos perceber que a população com deficiência tende a aumentar com o tempo, aumentando também suas necessidades em saúde.

Justificativa

Conhecer as barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam na acessibilidade aos serviços de saúde pode contribuir para o planejamento de ações, políticas e programas em saúde para que o uso dos serviços de saúde seja facilitado, com a eliminação da referidas barreiras. Isso permitiria que os preceitos de universalidade e equidade disseminados pelo SUS fossem cumpridos.

Objetivo

Evidenciar algumas barreiras de acessibilidade que as pessoas com deficiência enfrentam no uso dos serviços de saúde e a influência dessas barreiras sobre a universalidade e a equidade no SUS, direitos dos cidadãos brasileiros.

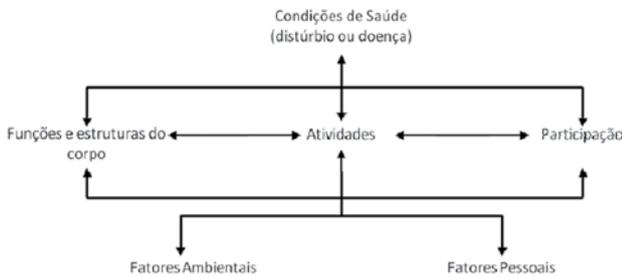
Base conceitual

Alguns conceitos teóricos devem ser apreciados no estudo dos problemas de acessibilidade enfrentados por pessoas com deficiência aos serviços de saúde. A equidade e a universalidade, por outro lado, são pilares da doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo direitos dos cidadãos brasileiros. Sem a pretensão de esgotar o tema, eles serão aqui apresentados.

Deficiência

A OMS por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)²¹ considera a deficiência como a não funcionalidade da pessoa, sendo essa funcionalidade fruto da interação ou relação complexa entre estado ou condição de saúde e fatores contextuais (ambientais e pessoais), como mostrado na Figura 1.

Figura 1: Diagrama explicativo do processo incapacitante proposto pela CIF-OMS²¹.



A abordagem proposta pela OMS, por meio da CIF, contrasta com o que legalmente é entendido como deficiência no Brasil. Em 2001, a portaria 298, de 9 de agosto, estabelece que deficiência física é a “Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física”. A portaria lida com a questão de forma mais cartesiana, biomédica, fisiológica. A definição legal ignora fatores muito importantes no processo incapacitante, como o ambiente e os fatores pessoais. Devemos considerar que duas pessoas com a mesma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo podem ter diferentes níveis de funcionalidade. Assim, uma pessoa com paraplegia pode ter uma limitação em seu deslocamento porque não possui uma cadeira de rodas, enquanto outra, com a mesma patologia, mas possuidora de cadeira de rodas, pode se deslocar sem problemas em ambientes acessíveis. Esse é um típico caso em que um fator ambiental (a cadeira de rodas) reequilibra o sistema mostrado na Figura 1, diminuindo o impacto da doença na funcionalidade da pessoa. Semelhantemente, uma pessoa com deficiência auditiva que não consegue se comunicar com outras não deficientes pode aprender leitura labial ou a se comunicar através Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). Desta maneira, essa barreira será eliminada e a comunicação se restabelecerá. Nesse caso, temos um fator pessoal (aprendizado da leitura labial ou de LIBRAS), eliminando, assim, a barreira imposta pela deficiência e

restabelecendo a comunicação. O referencial legal sobre deficiência deve ser abordado politicamente, porque ele foi formulado sob a influência dos conceitos biomédicos de saúde, os quais consideram que apenas os aspectos fisiológicos estariam implicados com o estado de saúde das pessoas. Esses valores não são válidos nos dias atuais, uma vez que a saúde das pessoas pode ser influenciada por outros fatores que vão além do biológico, como os fatores psicológicos e sociais, configurando, assim, um modelo biopsicossocial. A CIF, por sua vez, incorpora essa abordagem e considera o processo incapacitante como fruto de fatores biológicos, psicológicos e sociais¹³.

Acessibilidade aos serviços de saúde

O termo “acessibilidade” aos serviços de saúde é frequentemente confundido e substituído por outros usados na área, como o “acesso” e “disponibilidade”¹⁵. Acesso deve ser entendido como “a capacidade de um cliente ou grupo de clientes para buscar e obter atenção em saúde”; e disponibilidade como “presença dos recursos de atenção em saúde tendo em conta sua produtividade, ou seja, sua capacidade para produzir serviços”. A acessibilidade, por outro lado, seria “o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção em saúde e as das populações, no processo de busca e obtenção da atenção em saúde”. Assim, percebe-se que a acessibilidade compreende o universo ao redor e a interface entre a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde.

Outros conceitos importantes para o completo entendimento da acessibilidade seriam a “resistência”, que se configura como o conjunto de obstáculos enfrentados na busca e obtenção dos serviços de saúde; e a “disponibilidade efetiva”, que pode ser entendida pela disponibilidade corrigida segundo a resistência à obtenção dos serviços de saúde^{15,26}.

Pelas definições anteriores, fica claro que a acessibilidade não pode ser compreendida somente pela relação entre a disponibilidade e o acesso, havendo uma terceira e importante variável, a resistência. Assim, o esquema da Figura 1 facilita a exemplificação do que se descreveu anteriormente.

Barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde

Seguindo o modelo explicativo do processo incapacitante proposto pela OMS, pelo advento da CIF, perceber-se que o ambiente pode atuar de forma positiva ou negativa sobre o indivíduo, exercendo papel de facilitador

ou de barreira²¹. Assim, se existe um elevador para que um cadeirante se desloque de um pavimento do prédio a outro, o ambiente se caracteriza como facilitador. Por outro lado, se há uma subida muito íngreme, e uma grávida que não consiga percorrer esse caminho, o ambiente atua como barreira a essa mulher. Se um idoso com mobilidade e força reduzidas, precisa de um corrimão para que possa subir um lance de escadas, esse corrimão será um facilitador se for instalado. Caso isso não ocorra, a escadaria sem o corrimão será uma barreira. O papel de barreira física ou arquitetônica do ambiente se mostra visível quando as pessoas com algum tipo de deficiência fazem uso dos serviços de saúde^{5,4}. São citados problemas com escadarias sem corrimão ou com corrimão, mas fora do padrão recomendado, obstáculos à circulação interna, rampas sem piso antiderrapante²², guias não rebaixadas, pontos de acesso com diferentes níveis sem rampa, rampas com inclinação superior à recomendada¹⁸, obstáculos nas calçadas³³, entre outras^{16,30,32}.

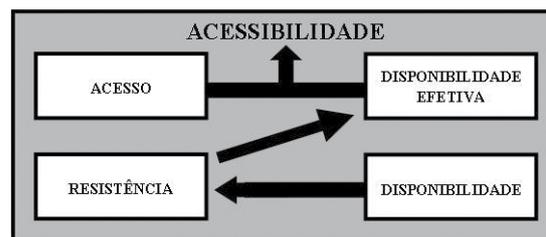
No Brasil, existe uma normatização a respeito da acessibilidade, editada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a NBR 9050 de 2004, que descreve como os ambientes devem ser construídos ou adequados ao acesso universal.

Além das barreiras arquitetônicas, existem outras, menos evidentes, mas tão importantes quanto as arquitetônicas. Elas são as barreiras ditas não físicas. Citam-se as barreiras de informação, em que o indivíduo com deficiência é privado de informações a respeito dos serviços de saúde e sobre como acessá-los mais facilmente. Nesse sentido, uma pessoa com deficiência visual fica prejudicada quando o principal meio de divulgação de uma campanha de saúde é a comunicação visual (cartazes, figuras etc.)²⁷. Reações comportamentais também devem ser consideradas como barreiras não físicas. Neste contexto, a pessoa com deficiência pode deparar-se com comportamentos impróprios dos profissionais de saúde de um hospital ou de uma unidade básica de saúde, que podem apresentar déficit de capacitação para assistir a uma pessoa com deficiência. Esse fato pode ocorrer por insegurança ou despreparo do funcionário, ou seja, o médico pode ter receio de atender uma pessoa com deficiência julgando que ela seja “diferente” das outras, quando, na verdade, a doença que ele tem ou o motivo que o levou a procurar atendimento é igual ao de outras pessoas²⁷. Existem ainda as barreiras financeiras, que surgem quando o custo do atendimento é alto para

os pacientes, o que pode gerar uma menor utilização dos serviços de saúde por motivos econômicos²⁷. No Brasil, existe uma legislação que beneficia as pessoas com deficiência com ajuda financeira, o que minimiza essa barreira. Entretanto, ela não é completamente eliminada.

As barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde e a maior ocorrência de comorbidades nesse grupo populacional acabam propiciando o aparecimento de um fenômeno, conhecido como “Paradoxo das barreiras”, que é uma situação em que o aumento das barreiras faz com que a participação do indivíduo diminua, sendo o inverso também válido, ou seja, caso as barreiras sejam diminuídas, a participação da pessoa com deficiência aumentará³⁵. A Figura 2 ilustra esse conceito. Esse raciocínio pode também ser aplicado à questão da acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, poderíamos supor que, quanto maiores as barreiras ao uso dos serviços, pior seria a situação de saúde, dado que a pessoa com deficiência ficaria mais tempo sem atendimento, precisando ainda mais do serviço que se mostra pouco acessível. Por outro lado, se as barreiras fossem eliminadas, as pessoas com deficiência fariam mais uso dos serviços de saúde, melhorando sua condição de saúde e precisando menos destes serviços.

Figura 2: Diagrama explicativo dos fatores que influenciam a acessibilidade¹⁵.

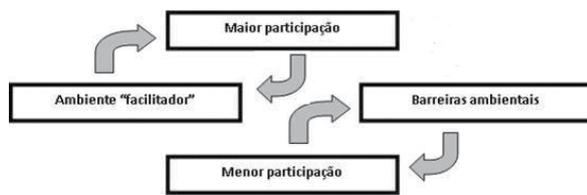


Universalidade

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90. Segundo esses dispositivos jurídicos, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios ético-doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação

social)²⁴. Nesse contexto, o princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado, abrangendo a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS, evidenciando a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira²⁴

Figura 3: Representação esquemática do “Paradoxo das barreiras”³⁵.



Equidade

A equidade, outro preceito ético-doutrinário do SUS, tem sido muito discutida na literatura. Entretanto, dois enfoques podem ser apresentados. O primeiro deles se baseia em conceitos econômicos e afirma que se deve buscar uma distribuição mais eficiente dos recursos na área da saúde. Essa distribuição defende políticas de focalização em contraposição às universais, concentrando os recursos nos mais necessitados, sejam eles regiões, municípios, bairros ou grupos populacionais. O segundo enfoque tem por base a ideia de justiça e parte do princípio de que a igualdade pode não ser justa²³. Assim, o atendimento igualitário poderia significar que todas as pessoas teriam direito a receber o mesmo tipo de serviço em saúde. Entretanto, sabemos que as necessidades em saúde podem variar de uma pessoa para outra. Dessa forma, uma pessoa com deficiência que tenha diabetes, por exemplo, pode ter necessidades de saúde diferenciadas se comparada à outra, que também tenha diabetes, mas que não possua nenhuma deficiência. Nesse contexto, a equidade, mais do que tratar todos de forma igual, busca oferecer mais aos que mais precisam, deixando sempre claro que a equidade não retira direitos de uns para repassá-los a outros e sim buscar dar mais prioridade a quem mais precisa^{8,29}. Desse modo, a equidade tem papel fundamental no combate às desigualdades em saúde, buscando proporcionar igualdade de oportunidades para todos.

(In)Acessibilidade aos serviços de saúde e os preceitos da universalidade e equidade

Historicamente, a saúde é um direito dos cidadãos brasileiros, adquirido com a Constituinte, em 1988, sendo que o texto da Carta Magna indica também que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e igualitário⁹. A equidade aplicada aos serviços de saúde também foi discutida e incorporada aos princípios do nosso Sistema Único de Saúde, o SUS¹. O acesso a serviços de saúde como direito constituiu o chamado direito social, que vai além da oferta de serviços de saúde, estando estreitamente ligado à dignidade humana, pois trata-se de um direito comum a todos²⁸, independente de ter ou não uma deficiência, da raça, do sexo, nível socioeconômico ou qualquer outra característica.

Nessa situação, a ocorrência de problemas de acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência se configura como flagrante agressão a direitos garantidos constitucionalmente a todos os cidadãos. Na busca da garantia de seus direitos, os usuários têm recorrido cada vez mais a mecanismos judiciais, compondo um quadro de “judicialização da saúde”, como acontece com frequência na assistência farmacêutica³⁴. Entretanto, o uso do sistema judiciário para garantir os direitos dos usuários dos serviços de saúde tem se mostrado uma inversão perversa dos preceitos do SUS. De política minimizadora das desigualdades em saúde que espelham as iniquidades sociais, ele se transforma em instrumento auxiliar da perpetuação dessas iniquidades, considerando que o acesso efetivo ao Judiciário é mais fácil para as pessoas com melhor poder aquisitivo¹⁴.

Considerando o panorama apresentado anteriormente, os diversos atores envolvidos direta ou indiretamente com os serviços de saúde deveriam estar atentos às necessidades dos usuários desses serviços para que possíveis barreiras de acessibilidade sejam detectadas e eliminadas. Somente com a supressão dessas barreiras, os usuários terão seus direitos de acesso à saúde respeitados. Os principais atores que podem proporcionar mudanças nos obstáculos ao uso dos serviços de saúde por pessoas com deficiência seriam, à primeira vista, são os gestores, que detêm maior poder de mudança dentro da estrutura do sistema. Entretanto, cabe também aos profissionais de saúde que atuam no atendimento aos usuários o papel de detecção dessas barreiras, além da discussão de alternativas para que elas sejam derrubadas. A atuação conjunta dos usuários,

profissionais de saúde e gestores garante uma maior pressão social no sentido da mudança e abolição das barreiras de acessibilidade. Se essa atuação conjunta se expressar de forma organizada também no palco do controle social do SUS, exercido dentro dos conselhos de saúde, as chances de mudança podem ser ampliadas e, com isso a população, que antes enfrentava problemas de acessibilidade, poderá fazer uso dos serviços de saúde livremente como lhes é garantido por lei.

Considerações finais

As pessoas com deficiências enfrentam alguns obstáculos de acessibilidade ao uso dos serviços de saúde. Esses obstáculos, muitas vezes, impedem o uso completo dos serviços e a satisfação das necessidades em saúde dessas pessoas em um flagrante desrespeito ao direito à saúde, inerente a todo cidadão. A atuação conjunta de usuários, gestores e profissionais de saúde pode contribuir para a eliminação dessas barreiras, garantindo o uso completo do sistema de saúde e, por consequência, o direito à saúde, preconizado pela Constituição e pelo SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Castro SS, Cesar CL, Carandina L, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. Physical disability, recent illnesses and health self-assessment in a population-based study in São Paulo, Brazil. *Disabil Rehabil.* 2010; 32(19):1612-5.
3. Castro SS, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, Goldbaum M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1773-82.
4. Castro SS, Cieza A, Cesar CL. Problems with accessibility to health services by persons with disabilities in São Paulo, Brazil. *Disabil Rehabil.* 2010 [Epub ahead of print]
5. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(1):99-105.
6. Castro SS, Pelicioni AF, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP, et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiência em áreas do estado de São Paulo. *Rev Saude Pública* 2010; 44(4):601-10.

7. Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care program for persons with disability. *Acta Odontologica Scandinavica* 2005; 63:278-83.
8. Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(1):171-83.
9. Costa NR. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. *Cad. Saúde Pública* 1989; 5(1):98-104.
10. Coyle CP, Santiago MC, Shank JW, Ma GX; Boyd R. Secondary conditions and women with physical disabilities: a descriptive study. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:1380-7.
11. Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MCP, César CLG, Barros MBA et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5):1123-31.
12. DeJong G. Primary care for people with disabilities: an overview of the problem. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1997; 76(3S):2-8.
13. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Brasil Epidemiologia* 2005; 8(2):187-93.
14. Ferraz OLM, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados* 2009; 52(1):223-51.
15. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México* 1985; 27(5):438-53.
16. Gray DB, Gould M, Bickenbach JE. Environmental barriers and disability. *J Arch Plan Res.* 2003; 20(1):29-37.
17. Harrison T. Health promotion for persons with disabilities. What does the literature reveal? *Family and Community Health* 2006; 29(1S):12S-19S.
18. Lamonica DAC, Araujo-Filho P, Simonelli SBJ, Caetano VLSB, Regina MRR, Regiani DM. Acessibilidade em ambiente universitário: identificação de barreiras arquitetônicas no campus da USP de Bauru. *Rev. bras. educ. espec.* 2008; 14(2):177-88.
19. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S; MHADIE Consortium. The definition of disability: what is in a name? *Lancet.* 2006; 368(9543):1219-21.
20. Nosek MA; Hughes RB; Petersen NJ; Taylor HB; Robinson-Whelen S; Byrne M; Morgan R. 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.
21. OMS, Organização mundial de saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [centro colaborador da organização mundial de saúde para a família de classificações internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
22. Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev. esc. enferm. USP* 2007; 41(4):581-8.
23. Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude soc.* 2006; 15(2):34-46.
24. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. *Esc. Anna Nery* 2009; 13(3):500-07.
25. Ravesloot C; Seekins; White G. Living well with a disability health promotion intervention: improved health status for consumers and lower costs for health care policymakers. *Rehabilitation Psychology* 2005; 50(3): 239-45.
26. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs* 2005; 53(6): 274-80.
27. Schopp LH, Sanford TC, Hagglund KJ, Gay JW, Coatney MA. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. *J Midwifery Womens Health* 2002; 47(2): 74-9.
28. Silva MAM, Ferreira EF, Silva GA. O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. *Physis* 2010; 20 (4): 1183-207.
29. Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(Esp):765-70.
30. Talbot LR; Viscogliosi C; Desrosiers J; Vincent C; Rosseau J; Robichaud L. Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:53-61.
31. Teixeira A, Oliveira F. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. [relatório na internet]. Niterói: Ministério da Justiça; 2004 [acesso em 22 jun de 2011]. Disponível em http://portal.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Rel_Pesquisa.pdf
32. Thapar N, Warner G, Drainoni ML, Williams SR, Ditchfield H, Wierbick J, Nesathurai S. A pilot study of functional access to public buildings and facilities for persons with impairments. *Disabil Rehabil* 2004; 26(5):280-9.
33. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a Serviços Básicos de Saúde. *Esc. Anna Nery* 2006; 10(3):494-500.
34. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis* 2010; 20(1):77-100.
35. Whiteneck G, Dijkers MP. Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issue concerning participating and environment factors. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90 (Supp.1): S22-S35.
36. WHO. World Report on Disability. Geneva: OMS; 2010.