ISSN: 2316-607X

INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BARREIRAS DE ACESSO E DIGNIDADE NO CUIDADO

Camila Parizotto Da Silva[1]
Camilla Cavasin Andreato[2]
Laura da Silva Massura[3]
Maria Isabela Ramos Haddad[4]
Marindia Feliciano Dos Santos[5]
Monica Picolo[6]
Samuel Jhonattan Emidio Brisch[7]

Resumo: A garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência exige a superação de obstáculos que limitam a utilização dos serviços e a participação nas decisões assistenciais. Este artigo objetiva identificar barreiras atitudinais, arquitetônicas e comunicacionais no Sistema Único de Saúde e discutir estratégias de acessibilidade e humanização. Desenvolveu-se revisão bibliográfica narrativa, mediante busca dirigida a publicações científicas indexadas na SciELO e no PubMed/MEDLINE, complementada por documentos oficiais, com recorte principal de 2015 a novembro de 2026. Os materiais foram organizados em eixos temáticos e interpretados à luz dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A síntese evidencia a interação entre inadequações físicas, dificuldades de deslocamento, limitações comunicacionais, atitudes discriminatórias e fragilidades na coordenação do cuidado. Tais obstáculos podem restringir a autonomia, a compreensão de informações e a continuidade assistencial. Discutem-se como estratégias o desenho universal, as adaptações individualizadas, a educação permanente, a comunicação acessível, a participação social e a articulação entre atenção primária e serviços especializados. Conclui-se que a inclusão demanda intervenções institucionais integradas, não limitadas à reabilitação ou à adequação arquitetônica. O caráter narrativo da revisão impede estimar a magnitude nacional das barreiras ou comparar a efetividade das intervenções.

Palavras-chave: Pessoas Com Deficiência; Acesso Aos Serviços De Saúde; Acessibilidade; Humanização Da Assistência; Sistema Único De Saúde.

Abstract: Ensuring the right to health for persons with disabilities requires overcoming barriers that restrict service use and participation in healthcare decisions. This article aims to identify attitudinal, architectural, and communication barriers in the Brazilian Unified Health System and discuss accessibility and humanization strategies. A narrative literature review was conducted through targeted searches for scientific publications indexed in SciELO and PubMed/MEDLINE, supplemented by official documents, primarily covering 2015 to November 2026. Sources were organized into thematic axes and interpreted in light of

[1] Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2025)
[2] Mestrado em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2021)
[3] Especialista em Farmácia Estética pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP. (2019)
[4] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. (2017)
[5] Mestrado em Economia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2023)
[6] Especialização em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD pela Faculdade de Guarantã do Norte, Brasil. (2018)
[7] Graduação em Bacharelado em Direito pela Uniao das Faculdades do Norte de Mato Grosso, Brasi.l (2025)

universality, comprehensiveness, and equity. The synthesis highlights the interaction between inadequate physical infrastructure, transportation difficulties, communication limitations, discriminatory attitudes, and weaknesses in care coordination. These barriers may restrict autonomy, understanding of health information, and continuity of care. Universal design, individualized accommodations, continuing professional education, accessible communication, social participation, and coordination between primary and specialized care are discussed as potential strategies. The review concludes that inclusion requires integrated institutional interventions that extend beyond rehabilitation and architectural adaptations. Its narrative design does not allow estimation of the national magnitude of barriers or comparison of intervention effectiveness.

Keywords: Persons With Disabilities; Health Services Accessibility; Accessibility; Humanization Of Assistance; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A inclusão das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma questão de justiça social, de organização dos serviços e de qualidade da assistência. O reconhecimento jurídico do direito à saúde não elimina, por si só, os obstáculos encontrados no deslocamento até as unidades, na comunicação com os profissionais ou na participação nas decisões terapêuticas. A distância entre a existência formal de uma política pública e sua utilização efetiva oferece uma perspectiva relevante para compreender por que a universalidade pode coexistir com experiências desiguais de atendimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) situa a equidade para pessoas com deficiência entre as prioridades dos sistemas sanitários, ressaltando que condições evitáveis de desigualdade afetam a saúde desse grupo.

No Brasil, os resultados preliminares da amostra do Censo Demográfico de 2022, divulgados em 2025, identificaram 14,4 milhões de pessoas com deficiência entre os moradores com dois anos ou mais, correspondendo a 7,3% desse universo (IBGE, 2025). Trata-se de uma estimativa vinculada aos critérios de identificação funcional adotados pelo levantamento, não de uma medida indistinta de todas as condições de deficiência. Sua relevância para o planejamento sanitário reside na necessidade de considerar uma população numerosa e heterogênea na distribuição dos recursos públicos, evitando que a acessibilidade seja tratada como demanda excepcional.

A Lei nº 8.080/1990 estabelece os fundamentos organizativos do SUS, enquanto a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), de 2015, explicita obrigações relacionadas à acessibilidade, à autonomia e à atenção integral. A atualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e da Rede de

Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), promovida pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023, reafirma a necessidade de uma resposta articulada ao longo dos diferentes ciclos de vida (BRASIL, 1990, 2015, 2023). Esses instrumentos oferecem parâmetros para examinar o atendimento sem confundir o reconhecimento de um direito com a demonstração de seu cumprimento.

As evidências disponíveis permitem investigar o problema em escalas distintas. Santos et al. (2020) examinam a acessibilidade das unidades básicas de saúde a partir de informações nacionais sobre infraestrutura e comunicação. Clemente et al. (2022) sistematizam dificuldades relatadas por usuários e prestadores de serviços. A aproximação entre essas perspectivas permite reconhecer que uma unidade fisicamente acessível pode apresentar obstáculos na interação clínica, assim como uma equipe receptiva pode encontrar limitações materiais que impedem a execução de um atendimento adequado.

A escolha da atenção primária como eixo transversal deste trabalho decorre de sua posição na organização do cuidado. É nesse nível que muitas demandas são inicialmente reconhecidas, acompanhadas e encaminhadas. Contudo, a inclusão não termina na unidade básica: o acesso a exames, medicamentos, urgências, internações e reabilitação também integra o percurso assistencial. Uma análise centrada exclusivamente nos serviços especializados poderia desconsiderar necessidades comuns a toda a população, como vacinação, prevenção de doenças crônicas, saúde sexual e reprodutiva e acompanhamento da saúde mental.

A dimensão ética do problema exige atenção especial. O cuidado digno compreende a possibilidade de ser reconhecido como sujeito de direitos, manifestar preferências, compreender informações e participar de escolhas que afetam o próprio corpo. A dependência de apoio para determinadas atividades não autoriza presumir incapacidade decisória. Dessa forma, a acessibilidade não representa somente uma condição material para ingressar em um estabelecimento, mas também uma condição para exercer autonomia durante a assistência.

A questão norteadora é: que barreiras comprometem o acesso e o cuidado digno às pessoas com deficiência na atenção à saúde? O objetivo geral consiste em identificar barreiras atitudinais, arquitetônicas e comunicacionais que afetam essa população no SUS e discutir estratégias de acessibilidade e humanização. Como objetivos específicos, busca-se examinar os fundamentos conceituais e normativos da inclusão; relacionar os diferentes obstáculos às etapas do percurso assistencial; e discutir possibilidades de reorganização do cuidado que respeitem a diversidade, a autonomia e a participação social.

A justificativa científica fundamenta-se na necessidade de integrar evidências frequentemente examinadas em campos distintos, como infraestrutura, comunicação, formação profissional e gestão das redes. A relevância social decorre da possibilidade de utilizar essa síntese para orientar a reflexão de equipes, gestores e instituições formadoras. O artigo não pretende medir a prevalência atual das barreiras nem comprovar a eficácia de intervenções particulares, mas interpretar criticamente a produção selecionada e identificar implicações para o fortalecimento do SUS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa e caráter analítico, apoiada em publicações científicas e documentos oficiais. A opção por esse delineamento decorre da amplitude da questão e da diversidade dos materiais necessários à sua compreensão. Diferentemente de uma revisão sistemática, a revisão narrativa permite organizar contribuições de naturezas distintas em torno de um problema teórico, sem pressupor levantamento exaustivo ou estimativa combinada de efeitos (ROTHER, 2007).

O levantamento foi realizado em 23 de novembro de 2026 mediante busca eletrônica dirigida a páginas de periódicos indexados na Scientific Electronic Library Online (SciELO), registros do PubMed/MEDLINE e textos disponibilizados em PubMed Central e portais de periódicos científicos. Para os documentos oficiais, foram consultados o portal da legislação federal, a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e a Organização Mundial da Saúde. A busca ocorreu por intermédio de mecanismo de pesquisa na web, com direcionamento a essas fontes; não correspondeu à execução de estratégias exaustivas nas interfaces de todas as bases.

Foram utilizados termos de busca em português e inglês relacionados a pessoas com deficiência, acesso aos serviços de saúde, atenção primária à saúde, acessibilidade arquitetônica, barreiras de comunicação, capacitismo e Sistema Único de Saúde, bem como disability, healthcare access, primary healthcare, communication barriers e Brazil. Os termos foram combinados conforme a finalidade das buscas, privilegiando a associação entre deficiência, serviços de saúde e contexto brasileiro. As expressões são apresentadas como termos de recuperação bibliográfica, sem alegação de validação individual de todos os descritores no DeCS ou MeSH.

O recorte principal compreendeu publicações de 2015 a novembro de 2026. Admitiram-se exceções para referenciais metodológicos e conceituais anteriores ao período e para a legislação estruturante do SUS. Foram elegíveis artigos de revisão, estudos

observacionais ou qualitativos publicados em periódicos, relatórios institucionais e normas oficiais que contribuíssem diretamente para a questão norteadora. Priorizaram-se publicações em português e inglês com autoria identificada e acesso a resumo informativo ou texto completo.

Foram desconsiderados materiais sem autoria identificável, conteúdos opinativos sem sustentação documental, duplicações, estudos estritamente clínicos sem relação com acessibilidade ou organização do cuidado e publicações cuja pertinência não pudesse ser estabelecida. A seleção foi intencional, orientada pela relevância temática e pela possibilidade de verificação bibliográfica. Não se estabeleceu contagem de registros recuperados ou excluídos, uma vez que não foi executado protocolo sistemático de rastreamento bibliográfico.

A síntese foi estruturada mediante leitura interpretativa dos materiais recuperados e organização em eixos: concepção de deficiência e direito à saúde; barreiras atitudinais; barreiras arquitetônicas e territoriais; barreiras comunicacionais; organização das redes; e estratégias de humanização. Buscou-se distinguir os achados dos estudos publicados das obrigações normativas e das proposições analíticas formuladas nesta revisão. Não houve coleta de dados primários, recrutamento de participantes ou acesso a prontuários. As limitações inerentes à seleção narrativa e à ausência de avaliação formal do risco de viés são retomadas nas considerações finais.

3 FUNDAMENTOS DA INCLUSÃO E DO DIREITO À SAÚDE

3.1 Deficiência, ambiente e participação social

A interpretação da deficiência como resultado exclusivo de alterações corporais reduz a possibilidade de reconhecer o papel das instituições na produção das desigualdades. Uma abordagem relacional, ao contrário, considera que a participação depende das condições concretas em que a pessoa desenvolve suas atividades. Um impedimento motor pode demandar apoio para determinados movimentos, mas a impossibilidade de entrar em uma unidade de saúde também depende de decisões sobre construção, manutenção e organização daquele espaço.

A LBI incorpora essa perspectiva ao reconhecer a interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais. Ao tratar da definição de pessoa com deficiência, o artigo 2º utiliza a expressão “em interação com uma ou mais barreiras” (BRASIL, 2015, art. 2º). O deslocamento conceitual tem implicações para a gestão: em vez de limitar a resposta sanitária

ao tratamento de uma condição individual, cabe investigar quais obstáculos podem ser removidos por mudanças no ambiente e nos processos de trabalho.

Isso não implica negar a importância dos conhecimentos biomédicos ou das intervenções de habilitação e reabilitação. A questão central é evitar que a condição clínica se torne o único princípio explicativo das necessidades do usuário. A assistência deve considerar tanto demandas relativas à funcionalidade quanto problemas de saúde independentes da deficiência. O reconhecimento de uma lesão ou alteração sensorial não substitui a investigação de sintomas, a prevenção de agravos ou o acompanhamento de outras condições.

A diversidade interna da população exige soluções flexíveis. Pessoas com deficiência física, intelectual, sensorial ou múltipla podem demandar recursos diferentes, e indivíduos com uma mesma classificação diagnóstica não necessariamente compartilham preferências ou capacidades. Por isso, uma política inclusiva deve estabelecer padrões gerais de acessibilidade e, simultaneamente, prever ajustes individualizados quando esses padrões não atendam às necessidades concretas.

3.2 Universalidade, integralidade e equidade

A Lei nº 8.080/1990 estabelece a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" (BRASIL, 1990, art. 7º, inciso I). O princípio indica que o acesso não pode depender de uma condição corporal considerada desejável ou de uma capacidade prévia de utilizar autonomamente os serviços. A universalidade define a abrangência do direito; a equidade exige reconhecer que os meios para exercê-lo podem precisar ser diferentes.

A integralidade, por sua vez, orienta a articulação entre ações preventivas e terapêuticas. Para a pessoa com deficiência, isso significa que a assistência não pode estar restrita à obtenção de uma órtese, prótese ou atendimento de reabilitação. A necessidade de acompanhamento longitudinal deve ser examinada em relação às condições gerais de saúde, ao contexto familiar e às possibilidades de participação comunitária. A organização de serviços especializados deve ampliar as alternativas de cuidado, e não estabelecer um circuito separado que dificulte a utilização dos demais serviços.

A combinação desses princípios permite distinguir igualdade formal de igualdade substantiva. Oferecer a todos o mesmo formulário escrito, por exemplo, não garante condições equivalentes de compreensão. A oferta de alternativas comunicacionais representa uma medida de equidade porque enfrenta uma desvantagem específica sem reduzir o direito

dos demais usuários. A mesma lógica fundamenta a necessidade de equipamentos acessíveis e de ajustes no tempo das consultas.

3.3 Acesso como percurso e não como evento isolado

Levesque, Harris e Russell (2013) apresentam um modelo conceitual que relaciona as características da oferta de serviços às possibilidades de utilização pela população. O acesso é entendido como processo, abrangendo o reconhecimento de uma demanda, a procura por atendimento, a chegada ao serviço, sua utilização e a resposta às necessidades identificadas. Esse referencial permite organizar os obstáculos discutidos neste artigo de acordo com o momento em que interferem no cuidado.

Antes mesmo do contato presencial, a ausência de informação acessível pode dificultar a identificação de onde buscar atendimento. Durante o deslocamento, transporte e condições urbanísticas influenciam a chegada. No interior da unidade, a disposição dos espaços e os recursos comunicacionais interferem na consulta. Após o atendimento, instruções compreensíveis e mecanismos de continuidade determinam se o plano terapêutico pode ser colocado em prática. A realização de uma consulta, portanto, não comprova que todas essas etapas foram satisfatoriamente cumpridas.

Essa concepção também evita atribuir automaticamente ao usuário a responsabilidade por faltas ou interrupções terapêuticas. Quando a pessoa não consegue utilizar um canal de agendamento ou depende de transporte indisponível, a ausência deve suscitar investigação sobre o funcionamento do serviço. A análise das dificuldades precisa considerar a interação entre condições individuais, sociais e institucionais, sem transformar o reconhecimento dessas condições em julgamento moral.

4 BARREIRAS ATITUDINAIS E DIGNIDADE NO CUIDADO

4.1 Capacitismo e expectativas profissionais

O capacitismo pode ser compreendido, no âmbito desta análise, como um conjunto de pressupostos e práticas que atribuem menor valor ou menor capacidade às pessoas em razão da deficiência. Nos serviços de saúde, manifesta-se quando a avaliação das necessidades é substituída por expectativas generalizantes sobre independência, qualidade de vida ou possibilidade de participação. A ausência de intenção explícita de discriminar não impede que determinadas condutas produzam efeitos excludentes.

Iezzoni et al. (2021), em pesquisa com médicos nos Estados Unidos, identificaram discrepâncias entre percepções profissionais e a confiança declarada na prestação de assistência de qualidade equivalente a pacientes com deficiência. Embora os resultados não possam ser extrapolados diretamente ao SUS, o estudo fornece elementos para questionar a associação automática entre deficiência e vida de menor valor. A contribuição é particularmente relevante para a formação ética e para a reflexão sobre decisões clínicas influenciadas por expectativas não verificadas.

No contexto brasileiro, Miranda et al. (2024) analisam experiências de profissionais e gestores da atenção primária em municípios com características diferentes. A investigação indica que a qualidade da relação estabelecida com os usuários pode atuar como elemento facilitador, ao passo que deficiências na formação e na organização dos serviços dificultam o atendimento. A convergência entre os estudos sugere que as atitudes profissionais devem ser examinadas em associação com condições institucionais de trabalho, sem limitar o problema a atributos individuais.

Um exemplo analítico é a consulta na qual a queixa apresentada por uma pessoa com deficiência é imediatamente atribuída à sua condição preexistente. Nessa situação, o risco não decorre apenas da linguagem empregada, mas da possibilidade de redução indevida das hipóteses diagnósticas. De maneira semelhante, deixar de oferecer ações preventivas com base em suposições sobre a vida sexual ou a expectativa de autonomia pode comprometer a integralidade. Tais exemplos ilustram mecanismos possíveis de exclusão; não constituem casos coletados nesta revisão.

4.2 Autonomia, consentimento e papel dos acompanhantes

A dignidade no atendimento demanda que a pessoa seja interlocutora central do processo assistencial. O profissional deve dirigir-se diretamente ao usuário, identificar suas preferências comunicacionais e oferecer apoio quando necessário. A presença de familiar ou cuidador pode contribuir para a compreensão de informações e para a realização de atividades, mas não deve resultar em substituição automática da vontade da pessoa atendida.

A LBI estabelece garantias relativas ao consentimento e protege a participação da pessoa com deficiência nas decisões que lhe dizem respeito, inclusive nos casos em que há necessidade de apoio (BRASIL, 2015, arts. 11 a 13). A aplicação dessas disposições exige distinguir dificuldades de comunicação de incapacidade de decidir. Um usuário pode necessitar de mais tempo, recursos visuais ou mediação linguística para formular uma escolha sem que isso elimine sua aptidão para manifestá-la.

A presença de acompanhantes precisa ser organizada considerando preferências, privacidade e segurança. Em atendimentos relativos à sexualidade, violência ou saúde mental, a possibilidade de comunicação reservada pode ser especialmente importante. A disponibilidade de apoio institucional reduz a necessidade de compartilhar compulsoriamente informações pessoais com familiares. Em internações e observações, também devem ser respeitadas as garantias específicas de acompanhamento previstas na legislação.

A humanização, nessa perspectiva, exige mais que cordialidade. Implica transformar a interação em processo de reconhecimento mútuo, no qual informações clínicas sejam apresentadas de maneira compreensível e a pessoa possa expressar dúvidas e recusas. Uma consulta considerada tecnicamente correta pode ser insuficiente do ponto de vista ético se não houver possibilidade efetiva de participação. A dignidade constitui, assim, dimensão da qualidade assistencial.

4.3 Formação profissional e responsabilidade institucional

A educação permanente deve articular conhecimentos sobre deficiência, direitos humanos, comunicação acessível e práticas clínicas. A formação exclusivamente centrada em classificações diagnósticas não prepara necessariamente o profissional para reconhecer a diversidade de experiências e as necessidades de adaptação do serviço. A aproximação com situações concretas de atendimento pode contribuir para identificar obstáculos que permanecem invisíveis em protocolos gerais.

A revisão de Clemente et al. (2022) permite compreender que dificuldades reconhecidas por prestadores de serviços não coincidem integralmente com aquelas relatadas por usuários. Essa diferença é relevante para a elaboração de programas formativos: não basta perguntar às equipes quais recursos consideram necessários; é preciso incorporar as perspectivas das pessoas atendidas na definição de prioridades. A participação de pessoas com deficiência em atividades educacionais pode favorecer a revisão crítica de pressupostos sobre autonomia e cuidado.

Entretanto, capacitação não pode ser utilizada como solução substitutiva de investimento institucional. Uma equipe pode conhecer procedimentos adequados para transferência de pacientes e, ainda assim, não dispor de equipamentos seguros. Pode compreender a importância da interpretação em Libras sem ter acesso a profissionais habilitados. A responsabilidade pela inclusão deve envolver tanto a formação quanto a gestão de infraestrutura, recursos humanos e protocolos de atendimento.

5 BARREIRAS ARQUITETÔNICAS, URBANÍSTICAS E TERRITORIAIS

5.1 Acessibilidade das unidades e dos equipamentos

A avaliação da infraestrutura deve considerar o percurso integral da pessoa no estabelecimento, desde a entrada até os locais de atendimento e saída. Uma rampa instalada na fachada não garante que o usuário consiga chegar à recepção, utilizar um sanitário, entrar no consultório ou realizar um exame. A acessibilidade arquitetônica depende da integração entre circulação, mobiliário, sinalização, condições de segurança e equipamentos utilizados nas atividades clínicas.

Santos et al. (2020), utilizando dados do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, documentaram inadequações de infraestrutura e comunicação em diferentes regiões brasileiras. A coleta original ocorreu em 2012, de modo que seus resultados constituem referência histórica para compreender a magnitude dos problemas daquele período, não um retrato atualizado de todas as unidades do SUS. Essa distinção temporal é necessária para evitar conclusões indevidas sobre a situação atual.

A permanência de dificuldades físicas em contextos investigados posteriormente por Miranda et al. (2024) reforça a necessidade de avaliações periódicas. Contudo, estudos realizados em escalas distintas não permitem calcular uma tendência nacional de melhora ou piora. A aproximação entre eles é útil por demonstrar a relevância do tema em desenhos de pesquisa diversos, sem equiparar resultados de um censo de infraestrutura a relatos qualitativos de profissionais.

Os equipamentos clínicos também devem integrar o planejamento da acessibilidade. Macas com possibilidade de ajuste, balanças apropriadas, cadeiras de exame adaptáveis e recursos seguros de transferência são exemplos de soluções a serem avaliadas conforme o perfil do serviço. A inexistência de alternativas pode levar à realização incompleta de procedimentos ou à necessidade de encaminhamentos que seriam dispensáveis caso houvesse condições adequadas no local.

5.2 Mobilidade territorial e custos indiretos

A distribuição geográfica dos serviços interfere na possibilidade de utilização por pessoas que necessitam de apoio para deslocamento. A gratuidade do atendimento não elimina gastos com transporte, alimentação, perda de renda ou disponibilidade de acompanhantes. Esses custos indiretos devem ser considerados quando se examina o funcionamento de uma rede pública organizada em diferentes níveis de complexidade.

A concentração regional de serviços especializados pode ser justificada por exigências técnicas e pela necessidade de reunir equipes multiprofissionais. Entretanto, essa organização precisa ser acompanhada de estratégias que permitam alcançar os serviços de referência. A ausência de transporte acessível ou de coordenação entre horários pode transferir às famílias uma parcela desproporcional do esforço necessário para garantir a continuidade terapêutica.

No caso de municípios pequenos ou áreas rurais, é importante examinar o percurso entre residência, unidade básica e serviços regionais. A organização de agendas articuladas e a realização de ações domiciliares quando clinicamente indicadas podem diminuir deslocamentos evitáveis. Tais propostas devem preservar a liberdade de utilizar serviços presenciais e não converter a visita domiciliar em substituição obrigatória de uma unidade que permanece inacessível.

A legislação reconhece a necessidade de articulação territorial, inclusive para atendimento fora do domicílio nas condições previstas em lei (BRASIL, 2015). A implementação dessa garantia exige planejamento compartilhado entre serviços e gestores. Não é suficiente disponibilizar vagas em um centro especializado se os usuários não recebem informações acessíveis sobre a marcação ou não encontram meios de realizar o deslocamento.

5.3 Desenho universal e adaptações individualizadas

O planejamento inclusivo deve privilegiar soluções que possam ser utilizadas pelo maior número possível de pessoas. O desenho universal orienta a concepção de ambientes, produtos e serviços de forma a reduzir a necessidade de adaptações posteriores. Entretanto, a diversidade das necessidades torna indispensável a previsão de adaptações razoáveis e de tecnologias assistivas, nos termos da LBI (BRASIL, 2015).

Em unidades existentes, a identificação de obstáculos deve subsidiar prioridades de intervenção. É pertinente diferenciar situações que inviabilizam a realização de cuidados essenciais, problemas de circulação e dificuldades que afetam o conforto ou a autonomia. Essa diferenciação não significa considerar determinados direitos dispensáveis; serve para planejar intervenções e estabelecer respostas provisórias seguras até a resolução definitiva dos problemas.

A avaliação da acessibilidade deve incorporar a experiência concreta dos usuários. Uma solução pode atender a uma especificação técnica e, ainda assim, apresentar dificuldades de utilização devido à manutenção inadequada ou à organização do mobiliário. Por isso, a verificação de conformidade deve ser complementada pela análise da usabilidade, com participação de pessoas com diferentes necessidades de apoio.

6 BARREIRAS COMUNICACIONAIS E INFORMACIONAIS

6.1 Libras, diversidade linguística e acesso à consulta

A comunicação constitui elemento indispensável para a identificação de necessidades, elaboração de hipóteses clínicas e negociação de condutas terapêuticas. Quando profissional e usuário não compartilham um meio de comunicação efetivo, a consulta pode ocorrer formalmente sem que exista compreensão suficiente das informações. O problema alcança tanto a segurança assistencial quanto a possibilidade de consentimento esclarecido.

Moraes et al. (2025), ao investigarem pessoas surdas usuárias de Libras na Região Metropolitana de Campinas, identificaram dificuldades comunicacionais nos serviços públicos e privados. A avaliação relativamente mais favorável ao SUS em determinados aspectos não eliminou as limitações encontradas no sistema público. A contribuição do estudo consiste em demonstrar que diferenças entre modalidades de prestação assistencial não devem ser interpretadas como evidência de que uma delas já resolveu o problema da acessibilidade linguística.

A utilização de língua de sinais deve ser compreendida como questão de direito linguístico, não como mera preferência por um recurso técnico. A escrita em português pode constituir alternativa adequada para algumas pessoas surdas, mas não deve ser presumida como substituto universal da Libras. A seleção do meio comunicacional precisa partir da identificação das preferências e necessidades da pessoa atendida. Também não se deve supor que todas as pessoas com perda auditiva utilizem língua de sinais.

A disponibilização de intérpretes qualificados, presencialmente ou por meios remotos quando apropriado, pode integrar uma estratégia institucional de comunicação. A mediação deve respeitar o sigilo e a privacidade, especialmente em consultas sobre questões sensíveis. É igualmente importante que profissionais de saúde desenvolvam competências básicas para conduzir interações mediadas por intérprete, mantendo o usuário como destinatário principal das informações.

A preparação do atendimento deve começar antes da consulta. Agendamentos por canais de texto, instruções acessíveis sobre horários, possibilidade de solicitar interpretação e chamadas visuais na recepção podem evitar obstáculos sucessivos. A disponibilidade de um recurso durante a consulta não corrige necessariamente dificuldades experimentadas em etapas anteriores, nas quais a pessoa pode ter desistido de procurar assistência.

6.2 Necessidades complexas de comunicação e acessibilidade da informação

A discussão sobre comunicação não se limita à deficiência auditiva. Pessoas cegas ou com baixa visão podem necessitar de informações digitais compatíveis com leitores de tela, materiais em caracteres ampliados ou explicações orais. Usuários com deficiência intelectual, condições neurológicas ou necessidades complexas de comunicação podem beneficiar-se de linguagem clara, pictogramas, pranchas de comunicação e recursos de comunicação aumentativa e alternativa. A escolha deve ser individualizada, sem infantilizar pessoas adultas ou presumir incapacidade de compreensão.

O artigo 24 da LBI assegura acesso à informação mediante recursos de tecnologia assistiva e diferentes modalidades comunicacionais. A redação consolidada da lei também incorpora, desde 2025, disposições sobre sistemas de comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia nos serviços públicos de saúde e capacitação das equipes (BRASIL, 2015, art. 24). Essa atualização reforça que a resposta institucional deve alcançar usuários que não se comunicam adequadamente por meios convencionais de fala ou escrita.

A comunicação acessível envolve a maneira de apresentar o conteúdo e a oportunidade de verificar sua compreensão. Explicar uma orientação em etapas, utilizar demonstrações e convidar o usuário a indicar como entendeu o plano de cuidado são estratégias que podem auxiliar o profissional a reconhecer necessidades de esclarecimento. A finalidade não é avaliar a capacidade intelectual do paciente, mas verificar se a informação foi transmitida de forma apropriada.

A produção de materiais institucionais deve contemplar acessibilidade desde a concepção. Avisos sobre vacinação, orientações de preparo para exames, termos de consentimento e instruções sobre medicamentos não deveriam depender de um único formato. É recomendável prever alternativas de consulta e testar os materiais junto aos públicos aos quais se destinam. A existência de versões acessíveis deve ser acompanhada de mecanismos para que elas estejam efetivamente disponíveis no momento necessário.

6.3 Tecnologias digitais e risco de novas exclusões

A digitalização dos serviços pode reduzir determinados obstáculos relacionados ao deslocamento e à comunicação, mas também produzir novas formas de exclusão. Aplicativos incompatíveis com tecnologias assistivas, sistemas que exigem respostas por voz ou páginas com navegação exclusivamente visual constituem exemplos de problemas que devem ser considerados durante o desenvolvimento e a contratação de soluções tecnológicas.

A incorporação de canais digitais requer atenção à diversidade de conectividade, familiaridade tecnológica e disponibilidade de dispositivos. Uma pessoa pode possuir os recursos necessários para utilizar um aplicativo, enquanto outra depende de atendimento presencial ou apoio de terceiros. A acessibilidade digital não deve ser confundida com a obrigatoriedade de digitalização de todo o percurso assistencial. A manutenção de canais alternativos integra uma resposta equitativa.

A telessaúde pode auxiliar a comunicação entre serviços, apoiar equipes e facilitar alguns acompanhamentos. Sua indicação, entretanto, precisa considerar as necessidades clínicas, a privacidade e os recursos de acessibilidade disponíveis. Uma consulta remota sem mediação linguística adequada ou sem condições de realização de exame físico necessário pode não atender à demanda. A tecnologia deve ampliar possibilidades de escolha, e não impor um padrão único de atendimento.

7 ORGANIZAÇÃO DA REDE E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

7.1 Atenção primária e coordenação do cuidado

A atenção primária ocupa posição estratégica para a identificação precoce das necessidades e o estabelecimento de vínculos longitudinais. A proximidade territorial pode facilitar o acompanhamento das condições de saúde e a identificação de obstáculos que não aparecem em consultas especializadas. Essa potencialidade depende, contudo, da capacidade da equipe de conhecer sua população, organizar o atendimento e articular respostas com outros componentes da rede.

Reichenberger et al. (2024) investigaram o acesso à atenção primária sob a perspectiva de adultos com deficiência no Brasil. Ao considerar a experiência dos usuários, o estudo complementa abordagens centradas na oferta institucional e evidencia a pertinência de combinar apoio comunitário, comunicação acessível, formação profissional e mobilidade. Essa leitura permite reconhecer que a organização do serviço deve ser avaliada também a partir da trajetória de quem procura assistência.

A identificação de necessidades de acessibilidade no cadastro ou acolhimento pode auxiliar a preparação de consultas futuras. O registro deve restringir-se às informações pertinentes ao cuidado e respeitar a privacidade. É útil conhecer, por exemplo, a modalidade comunicacional preferida e a necessidade de apoio para deslocamento interno. Essas informações não devem transformar-se em rótulos que antecipem conclusões sobre capacidade decisória ou sobre a gravidade das necessidades clínicas.

A atuação dos agentes comunitários de saúde pode contribuir para a identificação de dificuldades territoriais e para a orientação sobre os recursos disponíveis. Seu papel não deve ser compreendido como substituição de profissionais especializados ou de investimentos em acessibilidade. A equipe multiprofissional precisa estabelecer canais de comunicação para que as informações relevantes sejam incorporadas ao planejamento e não permaneçam limitadas aos contatos individuais.

7.2 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Portaria GM/MS nº 1.526/2023 atualiza a PNAISPD e a RCPD no âmbito do SUS. A política orienta uma resposta integral, articulada com outras políticas públicas e direcionada às necessidades das pessoas com deficiência em diferentes fases da vida (BRASIL, 2023). Nesse arranjo, a atenção especializada em reabilitação deve integrar-se à atenção primária e aos demais serviços, evitando que o usuário fique responsável por estabelecer sozinho as conexões necessárias ao acompanhamento.

Os Centros Especializados em Reabilitação desempenham papel importante na oferta de avaliações e intervenções específicas. Contudo, a existência desses serviços não dispensa as unidades básicas e hospitalares de sua responsabilidade pela inclusão. A transferência indiscriminada de demandas comuns para centros especializados pode produzir fragmentação e limitar o alcance das ações de prevenção e promoção da saúde. A especialização deve corresponder à complexidade da necessidade, e não simplesmente à presença de deficiência.

A coordenação assistencial requer mecanismos de referência e contrarreferência que informem quais intervenções foram realizadas, quais cuidados permanecem necessários e quais responsabilidades cabem a cada equipe. A pessoa atendida precisa receber orientações compreensíveis sobre o seguimento. Quando o encaminhamento não contém informações suficientes ou quando o retorno não é comunicado, aumenta a possibilidade de duplicação de procedimentos e de interrupção do acompanhamento.

É pertinente prever estratégias para manutenção e acompanhamento de tecnologias assistivas e dispositivos de reabilitação. A entrega de um equipamento não encerra necessariamente o processo: sua adequação pode mudar em razão do crescimento, de alterações funcionais ou de mudanças no contexto de utilização. A rede deve oferecer possibilidades de orientação e reavaliação, preservando a participação do usuário na escolha de soluções adequadas à sua rotina.

7.3 Intersetorialidade e proteção social

As barreiras ao acesso frequentemente ultrapassam a capacidade de intervenção exclusiva do setor sanitário. Transporte, condições habitacionais, disponibilidade de apoio e acesso à informação influenciam a utilização dos serviços. A LBI prevê articulação entre os sistemas de saúde e assistência social para ampliar o conhecimento e o acesso às políticas públicas (BRASIL, 2015, art. 17). Essa previsão sustenta a necessidade de estabelecer responsabilidades compartilhadas sem descaracterizar as competências específicas de cada setor.

A atuação conjunta entre atenção primária, assistência social e serviços de transporte pode auxiliar no reconhecimento de obstáculos que impedem a continuidade assistencial. A articulação com instituições educacionais também pode ser relevante em situações que envolvam crianças e adolescentes, desde que sejam preservadas a confidencialidade e a finalidade das informações compartilhadas. A cooperação não deve resultar em exigências burocráticas adicionais para o usuário.

O planejamento regional oferece oportunidade de enfrentar desigualdades de oferta entre municípios. A organização de fluxos e a pactuação de responsabilidades devem considerar a capacidade instalada, a demanda populacional e as condições de deslocamento. Uma rede regionalizada não pode ser avaliada apenas pela quantidade de estabelecimentos; importa verificar se a distribuição e o funcionamento desses estabelecimentos permitem atender às necessidades das populações dos diferentes territórios.

8 ESTRATÉGIAS DE ACESSIBILIDADE E HUMANIZAÇÃO

8.1 Acolhimento e cuidado centrado na pessoa

A humanização deve traduzir-se em práticas verificáveis ao longo do atendimento. Entre elas, destacam-se a identificação das preferências da pessoa, o respeito ao tempo necessário para comunicação, a oferta de apoio e a construção compartilhada do plano de cuidado. O atendimento deve considerar a diversidade de modos de expressão sem estabelecer como requisito de participação um padrão único de fala, comportamento ou mobilidade.

O acolhimento precisa incluir avaliação de necessidades clínicas e de acessibilidade. A prioridade legal e os critérios de classificação de risco devem ser aplicados de maneira articulada, sem que a deficiência determine automaticamente maior ou menor gravidade clínica. O objetivo é garantir atendimento seguro e adequado, considerando as condições particulares sem recorrer a julgamentos generalizantes.

A organização da consulta pode incluir ajustes na duração, redução de estímulos ambientais quando necessário e possibilidade de preparação antecipada do usuário para procedimentos. A oferta desses ajustes deve ser negociada, e não imposta. Uma medida considerada benéfica pela equipe pode não corresponder à preferência da pessoa. A escuta é, portanto, requisito para transformar recursos de acessibilidade em condições reais de participação.

8.2 Gestão, financiamento e avaliação da acessibilidade

A institucionalização da acessibilidade exige planejamento orçamentário, definição de responsabilidades e acompanhamento das ações. Reformas físicas, manutenção de equipamentos, contratação de serviços de interpretação e educação permanente dependem de recursos que devem integrar a programação regular dos estabelecimentos. A realização de iniciativas isoladas pode produzir avanços pontuais, mas não assegura sua continuidade diante de mudanças de gestão ou de composição das equipes.

Propõe-se que a avaliação inclua dimensões de estrutura, processo e experiência do usuário. Na estrutura, podem ser consideradas as condições de circulação e a disponibilidade de equipamentos e recursos comunicacionais. No processo, é possível acompanhar solicitações de adaptação atendidas, encaminhamentos concluídos e disponibilidade de orientações acessíveis. Na experiência do usuário, interessa conhecer a compreensão das informações, a percepção de respeito e a possibilidade de participação nas decisões.

Essas dimensões são propostas analíticas, não indicadores validados nesta revisão. Sua adoção requer definição operacional, fontes de informação, periodicidade e critérios de interpretação. A utilização de medidas exclusivamente quantitativas pode ocultar problemas vivenciados por grupos menos numerosos. Por essa razão, o monitoramento deve ser acompanhado de mecanismos acessíveis de escuta e de análise contextual das manifestações recebidas.

A gestão de compras também constitui oportunidade de intervenção. A aquisição de mobiliário, equipamentos e sistemas informacionais pode incorporar requisitos de acessibilidade desde a elaboração das especificações. Isso permite evitar soluções cujo funcionamento dependa de reformas posteriores ou de adaptações improvisadas. A participação de profissionais de diferentes áreas e de usuários pode auxiliar na identificação das necessidades que devem orientar essas decisões.

8.3 Participação social e enfrentamento da discriminação

A participação das pessoas com deficiência na formulação e avaliação das políticas de saúde é reconhecida pela LBI. O exercício desse direito exige que conselhos, conferências, consultas públicas e canais de manifestação ofereçam condições acessíveis de participação. A abertura formal de um espaço de diálogo não garante que diferentes grupos possam utilizá-lo em igualdade de condições.

A incorporação da perspectiva dos usuários deve ultrapassar a avaliação posterior do atendimento. Pessoas com deficiência podem participar da identificação de prioridades, da elaboração de materiais informativos, da avaliação de ambientes e da discussão de protocolos. A participação não deve ser reduzida à confirmação de decisões previamente tomadas, mas integrada às etapas em que alternativas ainda podem ser modificadas.

Os canais de ouvidoria desempenham função relevante na identificação de dificuldades recorrentes. Para cumprir essa finalidade, precisam aceitar manifestações em formatos acessíveis, preservar a confidencialidade e informar as providências adotadas de modo compreensível. A ausência de reclamações não deve ser interpretada automaticamente como ausência de obstáculos, pois a dificuldade de registrar uma manifestação pode integrar o próprio problema investigado.

O enfrentamento da discriminação requer mecanismos institucionais que permitam reconhecer, interromper e analisar condutas inadequadas. A educação permanente e a revisão de processos devem ser acompanhadas de respostas proporcionais às situações identificadas. O foco não pode restringir-se à responsabilização individual quando a organização do trabalho contribui para produzir exclusão; tampouco a existência de limitações estruturais justifica práticas discriminatórias.

9 DISCUSSÃO

9.1 Convergências entre evidências e marcos normativos

A literatura selecionada permite interpretar o acesso à saúde como fenômeno multidimensional. As revisões de Clemente et al. (2022) e Cunha et al. (2022) abordam dificuldades de inclusão sob perspectivas complementares: a primeira reúne evidências sobre obstáculos à utilização dos serviços; a segunda examina a assistência no sistema brasileiro em relação às diretrizes da política de saúde então vigente. A leitura conjunta sustenta a necessidade de considerar tanto a experiência no atendimento quanto a organização mais ampla das políticas públicas.

As fontes normativas estabelecem direitos relacionados à atenção integral, ao consentimento e à acessibilidade. Sua relação com a produção científica não deve ser compreendida como equivalência metodológica. A legislação estabelece obrigações e parâmetros; estudos empíricos examinam situações concretas; revisões sintetizam pesquisas disponíveis. A convergência entre essas fontes ocorre quando dificuldades identificadas na literatura correspondem a dimensões que os marcos jurídicos reconhecem como necessárias ao exercício do direito à saúde.

O estudo de Santos et al. (2020) oferece uma perspectiva estrutural, enquanto Miranda et al. (2024) examinam aspectos organizacionais e relacionais por meio da visão de trabalhadores e gestores. Reichenberger et al. (2024) deslocam o foco para a experiência de adultos com deficiência. A complementaridade desses enfoques indica que avaliações de acessibilidade devem evitar a escolha de apenas uma perspectiva. A adequação física, a organização do trabalho e a experiência do usuário constituem dimensões relacionadas, mas não intercambiáveis.

9.2 Tensões entre padronização e singularidade

Uma tensão central diz respeito à necessidade de estabelecer padrões gerais de acessibilidade sem desconsiderar as necessidades individuais. A padronização é indispensável para impedir que a inclusão dependa exclusivamente da iniciativa de cada profissional. Contudo, protocolos excessivamente rígidos podem pressupor que pessoas com características semelhantes necessitam das mesmas adaptações. A qualidade do atendimento depende da capacidade de combinar garantias institucionais mínimas com ajustes negociados.

A discussão sobre Libras demonstra essa tensão. A disponibilidade de interpretação constitui medida importante para usuários que utilizam a língua, mas não contempla automaticamente todas as pessoas com deficiência auditiva. Da mesma forma, recursos escritos ou visuais não atendem necessariamente às necessidades de pessoas surdocegas ou de usuários com condições adicionais. A acessibilidade deve ser concebida como conjunto de alternativas disponíveis, cuja utilização é orientada pela preferência e pela necessidade concreta.

Outra tensão envolve a relação entre autonomia e apoio. A defesa da independência não deve resultar na retirada de apoios necessários, assim como a oferta de ajuda não autoriza a imposição de decisões. A dignidade é preservada quando a pessoa pode escolher participar com os recursos de que necessita. Essa perspectiva tem consequências para a organização de

consultas, para a participação de acompanhantes e para a elaboração de consentimentos acessíveis.

9.3 Lacunas e prioridades de investigação

As evidências reunidas não permitem determinar quais estratégias apresentam maior efetividade em todos os contextos do SUS. Parte dos trabalhos descreve obstáculos ou experiências de acesso, sem avaliar comparativamente intervenções destinadas a removê-los. Portanto, recomendações sobre formação, adaptação física ou comunicação devem ser compreendidas como propostas fundamentadas na identificação das necessidades e nas obrigações normativas, não como demonstração de efeitos mensurados nesta revisão.

Também é necessário ampliar a atenção às diferenças entre perfis de deficiência e condições sociais. A agregação de experiências diversas em uma única categoria pode ocultar barreiras específicas. Pesquisas futuras podem examinar, por exemplo, a interação entre deficiência, idade, gênero, raça, renda e localização territorial, evitando tratar cada dimensão como fator independente quando suas consequências são produzidas de maneira combinada.

A atualização da política nacional em 2023 e o acréscimo legal de disposições sobre comunicação aumentativa e alternativa em 2025 tornam relevante investigar os processos de implementação. Estudos sobre infraestrutura realizados antes dessas mudanças permanecem úteis como registros históricos, mas não são suficientes para avaliar seus resultados. A análise longitudinal de recursos disponíveis e de experiências de atendimento contribuiria para distinguir avanços normativos de mudanças efetivamente observadas.

Uma agenda de avaliação pode comparar estratégias de atendimento acessível em diferentes níveis da rede, considerando não apenas utilização dos serviços, mas continuidade assistencial, segurança, compreensão das informações e autonomia. Também são pertinentes estudos participativos nos quais pessoas com deficiência contribuam para definir perguntas, métodos e critérios de qualidade. A participação pode auxiliar a identificação de aspectos não contemplados por avaliações centradas exclusivamente na perspectiva institucional.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão permite responder à questão norteadora mediante o reconhecimento de que o acesso e o cuidado digno das pessoas com deficiência no SUS são comprometidos por obstáculos que se acumulam ao longo do percurso assistencial. Barreiras arquitetônicas e urbanísticas podem impedir a chegada e a utilização dos serviços; barreiras comunicacionais restringem a compreensão e a expressão de preferências; e barreiras atitudinais afetam o

reconhecimento da autonomia e a qualidade das decisões clínicas. A insuficiência de recursos, as dificuldades de mobilidade e a fragmentação das redes podem intensificar esses problemas.

Os objetivos propostos foram contemplados pela organização dos obstáculos em eixos analíticos e pela discussão de estratégias de enfrentamento. A acessibilidade deve integrar o planejamento institucional, a formação profissional, a aquisição de equipamentos, a produção de informações e a coordenação assistencial. A humanização, por sua vez, precisa materializar-se em práticas que reconheçam a pessoa atendida como participante das decisões, independentemente dos apoios necessários para exercer esse direito.

A articulação entre atenção primária, serviços especializados e políticas de proteção social constitui condição relevante para enfrentar obstáculos que ultrapassam o espaço da consulta. Contudo, o fortalecimento das redes não deve resultar na transferência da responsabilidade pelo cuidado integral para serviços de reabilitação. Todos os componentes do SUS precisam incorporar a inclusão como dimensão transversal de suas atribuições.

As limitações desta revisão incluem o caráter seletivo da recuperação bibliográfica, a ausência de busca sistemática em todas as bases relevantes, a inexistência de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos e a heterogeneidade dos contextos examinados. Não é possível estimar a magnitude atual das barreiras em escala nacional nem estabelecer relações causais ou hierarquizar intervenções a partir dos materiais selecionados. Os resultados devem ser interpretados como síntese crítica e não como levantamento exaustivo das evidências.

Sugere-se que pesquisas futuras avaliem a implementação das políticas recentes, investiguem experiências de grupos com necessidades distintas e analisem os resultados de estratégias de acessibilidade em diferentes territórios. Conclui-se que a inclusão efetiva demanda a transformação das condições materiais, comunicacionais e relacionais da assistência. O direito à saúde somente se concretiza de maneira equitativa quando as pessoas podem alcançar os serviços, receber atenção adequada e participar das decisões sobre o próprio cuidado com respeito e dignidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Texto consolidado. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

CLEMENTE, Karina Aparecida Padilha et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, art. 64, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893. Acesso em: 23 nov. 2026.

CUNHA, Márcia Andrea Oliveira da et al. Health care for people with disabilities in the Unified Health System in Brazil: a scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 3, art. 1472, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19031472. Acesso em: 23 nov. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: 7,3% da população com 2 anos ou mais tinha alguma deficiência.** Rio de Janeiro: IBGE, 24 jun. 2025. Disponível em: https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/22695-censo-2022-7-3-da-populacao-com-2-anos-ou-mais-tinha-alguma-deficiencia.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

IEZZONI, Lisa I. et al. Physicians' perceptions of people with disability and their health care. **Health Affairs**, v. 40, n. 2, p. 297–306, 2021. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01452. Acesso em: 23 nov. 2026.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, art. 18, 2013. DOI: https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18. Acesso em: 23 nov. 2026.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte et al. O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230582pt. Acesso em: 23 nov. 2026.

MORAES, Rafael Rodrigues de et al. Surdos que se comunicam por meio da língua de sinais: a complexidade do acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 9, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT00211524. Acesso em: 23 nov. 2026.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global report on health equity for persons with disabilities.** Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600. Acesso em: 23 nov. 2026.

REICHENBERGER, Veronika et al. Access to primary healthcare services among adults with disabilities in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, art. 45, 2024. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005842. Acesso em: 23 nov. 2026.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001. Acesso em: 23 nov. 2026.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/JhFdRjhq3tYQdPvd9KvsVdM/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 nov. 2026.