

Acesso à fisioterapia de crianças e adolescentes com deficiência física em instituições públicas

Physiotherapy access for children and adolescents with physical disabilities in public institutions

Verônica Andrade da Silva (<https://orcid.org/0000-0001-9055-5226>)¹
Adson Renato Rodrigues Busnello (<https://orcid.org/0000-0002-6919-2245>)²
Renata Cristina Cavassin (<https://orcid.org/0000-0003-1426-1191>)²
Ana Paula Cunha Loureiro (<https://orcid.org/0000-0001-8950-0519>)²
Auristela Duarte de Lima Moser (<https://orcid.org/0000-0001-5086-0701>)²
Deborah Ribeiro Carvalho (<https://orcid.org/0000-0002-9735-650X>)¹

Abstract *This study aims to identify the factors that hinder physically disabled children and adolescent's access to physiotherapy in establishments accredited by the Unified Health System in Curitiba, Paraná, Brazil. This is a cross-sectional study that interviewed managers, physiotherapists, parents or guardians of children with physical disabilities. The perception of difficulties of each interviewed group was compared through descriptive statistics, considering the following realms: availability, purchasing power, information and acceptability. Considering the realm of availability, we identified the following hindrances: distance between the physiotherapy location and user's residence, inadequate supply of services and waiting list. Regarding the purchasing power, we observed the lack of financial resources among parents. Regarding information and acceptability, the lack of information about diagnosis and denial were reported by participants. We can conclude that the physiotherapy service has not been timely assured to children's motor development, so it is necessary to review the organization and distribution of services, and effective policies are required to ensure their use.*

Key words *Access to health services, People with disability, Children with disability, Public health, Physiotherapy*

Resumo *Este estudo objetiva identificar os fatores que dificultam o acesso de crianças e adolescentes com deficiência física ao tratamento fisioterapêutico, em estabelecimentos credenciados ao Sistema Único de Saúde em Curitiba, Paraná, Brasil. Trata-se de um estudo transversal que entrevistou gestores, fisioterapeutas, pais e/ou responsáveis por crianças com deficiência física. A percepção de dificuldades de cada um dos grupos de entrevistados foi comparada por meio de estatísticas descritivas, considerando as dimensões: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade. Considerando a dimensão disponibilidade, identificaram-se como dificuldades: distância entre o estabelecimento e a residência dos usuários, pouca oferta de serviços e fila de espera. Em relação ao poder de pagamento, observou-se a falta de recursos financeiros entre os pais. Nas dimensões informação e aceitabilidade, a falta de informação acerca do diagnóstico e a negação foram referidas pelos participantes. Conclui-se que o serviço de fisioterapia não tem sido garantido em tempo favorável ao desenvolvimento motor das crianças, de modo que se faz necessário rever a organização e distribuição dos serviços, bem como são essenciais políticas efetivas que garantam a sua utilização.*

Palavras-chave *Acesso aos serviços de saúde, Pessoas com deficiência, Crianças com deficiência, Saúde pública, Fisioterapia*

¹ Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). R. Euclides Bandeira 500/1203, Centro Cívico. 80530-020 Curitiba PR Brasil. ribeiro.carvalho@pucpr.br

² Departamento de Fisioterapia, PUCPR. Curitiba PR Brasil.

Introdução

A deficiência é um conceito em evolução, sendo definida como problemas nas funções ou estruturas do corpo, como uma perda ou desvio significativo¹. Entre as várias formas de sua apresentação, tem-se a deficiência física, que se refere à alteração parcial ou completa de um ou mais segmentos do corpo humano, causando comprometimento da função física, ou seja, das possibilidades de movimentação corporal, manutenção da coordenação motora e equilíbrio para a realização de tarefas diárias^{2,3}.

Estima-se que, em todo o mundo, mais de um bilhão de pessoas tenham algum tipo de deficiência, correspondendo a cerca de 15% da população mundial⁴. Segundo o último Censo Demográfico realizado no Brasil, em 2010, mais de 45 milhões de pessoas apresentavam alguma deficiência⁵. Os dados também revelaram que a deficiência física foi a segunda forma mais prevalente no país, apresentando-se em 7% da população residente⁵. Ainda, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde, educação, emprego, transporte e informação⁴. A literatura descreve, nesse sentido, que pessoas com deficiência física estão mais propensas a encontrar dificuldades no acesso aos serviços do que aquelas com outras deficiências^{6,7}.

O acesso à saúde é um conceito multidimensional que expressa um conjunto de características da oferta que ampliam ou diminuem a capacidade dos indivíduos de utilizar serviços de saúde⁸. Trata-se de um conceito que varia ao longo do tempo, devido à evolução das sociedades e surgimento de novas necessidades⁹. Atualmente, pode ser avaliado por meio de quatro dimensões, que mensuram sua equidade ou desigualdade: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade⁹. A disponibilidade compreende, resumidamente, a relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte, assim como a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados⁹. O poder de pagamento, por sua vez, refere-se à relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade do indivíduo de custeá-los⁹. A informação reflete o grau de desigualdade entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde⁹, enquanto a aceitabilidade vincula-se à natureza dos serviços prestados e à percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, sendo a dimensão menos tangível e, conseqüentemente, mais difícil de ser

detectada, pois varia conforme aspectos culturais e educacionais⁹.

Embora no Brasil o acesso à saúde seja garantido constitucionalmente a todos por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), pessoas com deficiência, mesmo tendo respaldo de diversas políticas, ainda enfrentam dificuldades¹⁰⁻¹⁴. Ademais, existem limitações na investigação do acesso de crianças e adolescentes com deficiência aos serviços de reabilitação^{15,16}, que não permitem conhecer as fragilidades que restringem o acesso integral à saúde. Assim, este estudo tem como objetivo identificar os fatores que dificultam o acesso de crianças e adolescentes com deficiência física ao tratamento fisioterapêutico em estabelecimentos credenciados ao SUS, situados na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, sob a perspectiva dos gestores de estabelecimentos de saúde, fisioterapeutas e pais e/ou responsáveis.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo do tipo transversal¹⁷, realizado em estabelecimentos de fisioterapia credenciados aos SUS entre os meses de junho e setembro de 2016, na cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Assim, todos os aspectos éticos foram respeitados, conforme a Resolução CNS nº 466/2012.

A pesquisa envolveu gestores, fisioterapeutas e pais e/ou responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência física que frequentavam estabelecimentos de fisioterapia conveniados ao SUS. O critério de inclusão definido aos estabelecimentos ambulatoriais de fisioterapia, gestores e fisioterapeutas foi prestar atendimento a esse público por período igual ou superior a dois anos. Essa janela temporal foi determinada por se considerar tempo suficiente para o estabelecimento de vínculo entre as partes, possibilitando que gestores e fisioterapeutas tivessem condições de informar sobre as dificuldades enfrentadas por crianças e adolescentes. Já o critério de inclusão para os pais e/ou responsáveis foi a respectiva criança ou adolescente estar em tratamento fisioterapêutico por no mínimo duas semanas. Os fisioterapeutas auxiliaram na identificação e indicação dos pais e/ou responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência física.

A estratégia amostral considerou o número aproximado de crianças e adolescentes com deficiência física em tratamento fisioterapêutico nos

estabelecimentos identificados junto à Secretaria Municipal de Saúde (455 sujeitos), bem como o número de fisioterapeutas que prestavam atendimento a esse público (24 profissionais). Para o cálculo amostral, adotaram-se como valores fixos $P = 0,5$ e $Q = 0,5$. Na ausência de informação sobre P , admitiram-se P e $Q = 0,5$, valor que conduz a um tamanho de amostra maior¹⁸. A população aproximada de crianças e adolescentes com deficiência física em atendimento nas seis instituições foi de 455, empregando-se um nível de confiança de 95% e erro máximo amostral de 7% ($E = 0,0677$); o tamanho amostral calculado para os pais e/ou responsáveis foi de 144; e o número total de fisioterapeutas nas instituições identificadas que atendiam ao critério de inclusão foi de 24, admitindo-se um nível de confiança de 95% e erro máximo amostral de 12% ($E = 0,12$); logo, o tamanho amostral calculado foi de 18.

A coleta de dados ocorreu em quatro de oito estabelecimentos cadastrados junto à Secretaria Municipal de Saúde, visto que apenas esses apresentavam crianças e adolescentes com deficiência física em atendimento no momento da pesquisa. Para ampliar o número de sujeitos investigados, optou-se por incluir duas escolas especiais que disponibilizavam o serviço de fisioterapia pelo SUS, totalizando uma amostra de seis estabelecimentos.

A pesquisa foi realizada por meio de questionários estruturados propostos pelos pesquisadores, destinados aos gestores (15 questões), fisioterapeutas (22 questões) e pais e/ou responsáveis (46 questões). As perguntas priorizaram a identificação de fatores que poderiam dificultar o acesso aos serviços de fisioterapia, considerando as quatro dimensões: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade⁹, com exceção dos pais e/ou responsáveis, cujas questões estavam voltadas às dimensões: disponibilidade, poder de pagamento e informação, além de seu formulário contemplar questões sociodemográficas e econômicas. Complementarmente, foram abordadas questões relacionadas ao tempo de fila de espera para obter o serviço fisioterapêutico, ao número de terapias durante a semana, à idade de diagnóstico da criança, à idade em que iniciou o tratamento fisioterapêutico, ao local de realização, ao bairro de residência, ao tipo de transporte utilizado, ao tempo de locomoção e ao grau de dificuldade para levar a criança ao atendimento, bem como ao grau de dificuldade percebido para ter acesso ao tratamento de fisioterapia.

Após a identificação e indicação dos gestores e fisioterapeutas dos possíveis sujeitos da pesquisa,

fez-se sua abordagem, por conveniência dos indivíduos, nos estabelecimentos identificados. A coleta de dados junto aos gestores e fisioterapeutas ocorreu por meio do preenchimento dos questionários, cuja duração média foi de 20 minutos; junto aos pais, foi conduzida mediante entrevistas individuais realizadas por três pesquisadores previamente treinados. A duração média de realização das entrevistas individuais foi de aproximadamente 40 minutos.

Os dados foram analisados no software IBM SPSS Statistics, por intermédio de estatísticas descritivas, considerando as quatro dimensões de acesso. A percepção dos gestores, fisioterapeutas, pais e/ou responsáveis sobre as dificuldades de acesso foi comparada por meio do teste qui-quadrado (χ^2). Para tanto, foram excluídos os não respondentes. O nível de significância adotado foi de $p < 0,005$.

Foram avaliados a média e o desvio padrão (dp) das variáveis vinculadas à dimensão de acesso disponibilidade, a saber: 1) idade de diagnóstico em meses; 2) tempo de fila de espera para obter o tratamento fisioterapêutico; 3) idade em que a criança ou adolescente iniciou o tratamento de fisioterapia, segundo a causa de deficiência física; 4) número de atendimentos realizados durante a semana; 5) tempo de locomoção em minutos, segundo o tipo de transporte. Essas variáveis foram usadas para identificar a existência de associação entre os indivíduos que citaram ou não dificuldades de acesso por meio dos testes U de Mann-Whitney (dois grupos) e Kruskal-Wallis (mais de dois grupos), uma vez que se referiam a dados não paramétricos. O nível de significância adotado foi de $p < 0,005$.

Os dados referentes à distribuição dos serviços, bairro ou município de residência dos indivíduos foram representados por meio de georreferenciamento, gerado pelo software Google Earth.

Resultados

Participaram da pesquisa 168 indivíduos: seis gestores, 18 fisioterapeutas e 144 pais e/ou responsáveis, dos quais 123 representavam crianças (85,4%) e 21, adolescentes (14,6%).

As dificuldades de acesso identificadas pelos participantes foram estruturadas segundo as dimensões de acesso: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade e apresentadas conforme eixo temático: pais e/ou responsáveis, fisioterapeutas e gestores (Tabela 1).

Percepção dos pais e/ou responsáveis

Na Tabela 2, são apresentadas as percepções de dificuldades de acesso referidas pelos pais e/ou responsáveis vinculadas aos indicadores de disponibilidade obtidos por meio das entrevistas.

Nessa tabela, evidencia-se a associação entre a percepção de distância e o tempo de locomoção em minutos ($p < 0,005$). Destaca-se, ainda, que o tempo de locomoção foi significativamente menor para aqueles que iam de carro próprio (31,72 minutos; $dp = 12,72$ minutos), quando com-

Tabela 1. Dificuldades de acesso aos serviços de fisioterapia credenciados ao SUS referidas pelos participantes da pesquisa, segundo as dimensões de acesso.

Dificuldade de acesso	Pais e/ou responsáveis		Fisioterapeutas		Gestores		P ^a	% Total
	N	%	N	%	N	%		
Dimensão disponibilidade								
Distância entre o estabelecimento e a casa da criança ou adolescente							0,003	54,8
Sim	72	50,0	15	83,3	5	100,0		
Não	72	50,0	3	16,7	0	0,0		
Fila de espera para conseguir tratamento							0,144	41,1
Sim	57	39,6	11	61,1	1	20,0		
Não	87	60,4	7	38,9	4	80,0		
Pouca oferta de serviços credenciados ao SUS							0,651	39,3
Sim	58	40,6	7	38,9	1	20,0		
Não	85	59,4	11	61,1	4	80,0		
Falta de fisioterapeutas							0,617	29,8
Sim	42	29,2	7	38,9	1	20,0		
Não	102	70,8	11	61,1	4	80,0		
Falta de transporte							0,001	28,6
Sim	34	23,8	12	66,7	2	40,0		
Não	109	76,2	6	33,3	3	60,0		
Alta demanda de atendimentos ^b							0,239	54,2
Sim	-	-	11	61,1	2	33,3		
Não	-	-	7	38,9	4	66,7		
Demora no diagnóstico ^c								22,9
Sim	33	22,9	-	-	-	-		
Não	111	77,1	-	-	-	-		
Falta de profissionais especializados ^c								15,3
Sim	22	15,3	-	-	-	-		
Não	122	84,7	-	-	-	-		
Dimensão poder de pagamento								
Falta de recursos financeiros da família							0,000	33,3
Sim	40	28,0	13	72,2	3	60,0		
Não	103	72,0	5	27,8	2	40,0		
Dimensão informação								
Falta de informação dos pais e/ou responsáveis ^b							0,142	66,7
Sim	-	-	14	77,8	2	40,0		
Não	-	-	4	22,2	3	60,0		
Dimensão aceitabilidade								
Negação da deficiência, síndrome ou lesão ^b							0,673	58,3
Sim	-	-	11	61,1	3	60,0		
Não	-	-	7	38,9	2	40,0		

^a Análise realizada usando o χ^2 para comparar proporções ou teste de Fisher; ^b Questão feita só aos profissionais; ^c Questão feita só aos pais ou responsáveis.

Tabela 2. Dificuldades de acesso, segundo a percepção dos pais e/ou responsáveis, *versus* indicadores relacionados à dimensão disponibilidade de acesso.

Dificuldades referidas pelos pais e/ou responsáveis <i>versus</i> indicadores da pesquisa	N	Média (μ) e desvio padrão (δp)	Valor de p
A distância dificulta o acesso à fisioterapia <i>versus</i> tempo de locomoção em minutos			
Sim	72	70,90 (40,66)	0,000*
Não	72	39,17 (22,82)	
Total	144	55,03 (36,51)	
Pouca oferta de serviços <i>versus</i> número de atendimentos de fisioterapia por semana			
Sim	58	1,62 (0,74)	0,003*
Não	85	1,98 (0,97)	
Total	143	1,84 (0,91)	
A fila de espera dificultou o acesso à fisioterapia <i>versus</i> tempo de fila de espera em dias			
Sim	54	174,56 (226,72)	0,000*
Não	87	21,06 (58,33)	
Não souberam informar o tempo de espera	3	-	
Total	144	79,84 (164,80)	
Houve demora no diagnóstico da criança e/ou adolescente <i>versus</i> idade de diagnóstico em meses da criança			
Sim	32	19,84 (29,03)	0,196*
Não	85	20,09 (37,07)	
Não souberam informar a idade de diagnóstico	9	-	
Gestação	18	-	
Total	144		
Tempo de fila de espera em dias segundo característica do estabelecimento			
Clínica-escola	41	23,24 (79,71)	0,000*
Clínica	100	103,01 (184,32)	
Não souberam informar	3	-	
Total	144	-	

* Teste U de Mann-Whitney.

parados aos indivíduos que se deslocavam por transporte coletivo (70,89 minutos; $\delta p = 27,23$ minutos; $p = 0,000$), ambulância ou veículos da prefeitura (93,75 minutos; $\delta p = 89,43$ minutos; $p = 0,011$).

Na Figura 1, apresentam-se as regionais de residência das crianças e adolescentes e os estabelecimentos georreferenciados, verificando-se que a maioria reside em regionais afastadas dos locais onde recebe o atendimento fisioterapêutico.

Em relação à percepção da pouca oferta de serviços, observou-se que a média de atendimentos de fisioterapia durante a semana foi significativamente menor entre o grupo de pais e/ou responsáveis que referiu a dificuldade (Tabela 2). Destaca-se também que o grupo de crianças, quando comparado ao grupo de adolescentes, apresentou média de atendimentos semanais significativamente maior ($p = 0,002$; crianças = 1,9 atendimento semanal *versus* adolescentes = 1,3 atendimento semanal).

A média da fila de espera por tratamento fisioterapêutico em dias foi significativamente maior entre os pais e/ou responsáveis que referiram tê-la enfrentado (Tabela 2). No tocante à característica do estabelecimento, identificou-se que o tempo de fila de espera foi significativamente menor nas escolas, quando comparadas às clínicas ($p < 0,005$) (Tabela 2).

A falta de transporte foi referida por 23,8% dos pais e/ou responsáveis. Desse total, 44,5% utilizavam o transporte coletivo e 29,4%, carro próprio, porém não foi identificada associação estatisticamente significativa entre o tipo de transporte e sua falta.

Quanto à percepção da demora no diagnóstico, não se identificou associação entre sua menção e a idade em que as crianças e adolescentes obtiveram o diagnóstico ($p = 0,196$) (Tabela 2). Contudo, conforme apresenta-se na Tabela 3, as médias de idade das crianças quando obtiveram diagnóstico, segundo a causa de deficiência física,

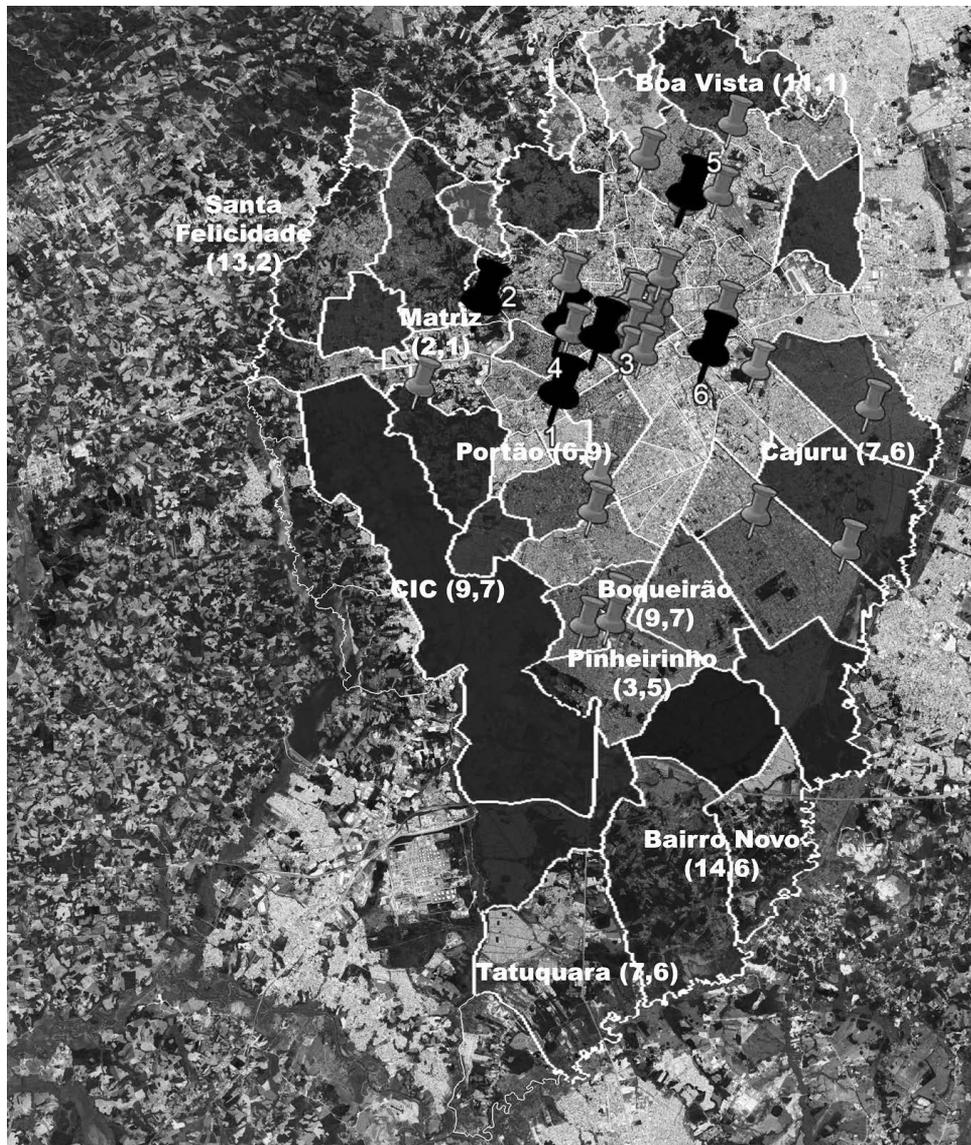


Figura 1. Distribuição percentual das crianças e adolescentes com deficiência física, segundo regional de proveniência.

Nota: Marcadores cinzas denotam os estabelecimentos de fisioterapia vinculados ao SUS e, em preto, os estabelecimentos que atendiam a crianças e adolescentes com deficiência física.

variaram. Observou-se, ainda, que o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento fisioterapêutico foi de 8,72 meses, com variações conforme a causa da deficiência física.

Na dimensão poder de pagamento, 28,0% dos pais e/ou responsáveis relataram ter apresentado em algum momento falta de recursos financeiros para a realização do tratamento, seja

por incapacidade de custear o serviço de reabilitação, seja pela falta de recursos para custear o transporte até o serviço (Tabela 1). Entre aqueles que reportaram essa dificuldade, 10,0% (n = 4) tinham renda familiar mensal inferior a um salário-mínimo, 57,5% (n = 23) apresentavam renda entre um e dois salários-mínimos, 20,0% (n = 8) responderam ter renda entre dois e três salários-

Tabela 3. Média e desvio padrão da idade de obtenção do diagnóstico, idade de início do tratamento e tempo de espera entre diagnóstico e início do tratamento fisioterapêutico em meses, segundo a causa da deficiência física.

Causa da deficiência física	n (%)	Idade de diagnóstico em meses μ e dp	Idade em que iniciou a fisioterapia em meses μ e dp	Tempo entre diagnóstico e início do tratamento em meses μ e dp
Paralisia cerebral e atraso motor	49 (42,2)	11,73 (15,70)	18,06 (25,87)	6,33 (19,77)
Síndrome de Down	26 (22,4)	0,46 (1,27)	3,12 (2,48)	2,65 (1,27)
Doenças neuromusculares	18 (15,5)	67,33 (35,73)	84,83 (52,62)	17,50 (35,44)
Doenças do sistema nervoso central e periférico	10 (8,6)	34,40 (60,66)	53,30 (65,72)	18,90 (36,80)
Síndromes raras	7 (6,0)	7,00 (8,81)	13,57 (15,49)	6,57 (19,85)
Malformações congênitas dos membros inferiores	4 (3,4)	36,00 (72,00)	51,00 (78,00)	15,00 (11,16)
Mielomeningocele	2 (1,7)	3,50 (4,95)	15,00 (4,24)	11,5 (0,70)
Total	116	20,20 (35,03)	28,92 (44,48)	8,72 (22,66)

mínimos, 7,5% ($n = 3$) ganhavam mais de três salários-mínimos e dois não souberam responder (5,0%). Não houve associação entre a falta de recursos financeiros e a renda familiar mensal ($p = 0,554$). Também não se identificou associação significativa entre a idade em que a criança ou adolescente começou o tratamento fisioterapêutico e a renda familiar mensal ($p = 0,439$). Verificou-se, no entanto, associação estatisticamente significativa entre a referência à falta de recursos financeiros e o tempo de fila de espera para obter o tratamento fisioterapêutico (149,26 dias; $dp = 264,24$ versus 50,06 dias; $dp = 89,06$; $p = 0,004$).

Na dimensão informação, constatou-se que 15,3% dos pais e/ou responsáveis tinham ensino fundamental incompleto, 12,5% apresentavam o fundamental completo, 11,8% não tinham concluído o ensino médio, 40,3% terminaram o ensino médio e 20,1% tinham ou cursavam ensino superior. Não foi identificada associação entre a escolaridade dos pais e/ou responsáveis e a idade em que as crianças ou adolescentes iniciaram o tratamento ($p = 0,051$), bem como não houve relação entre a escolaridade dos pais e/ou responsáveis e a idade em que a criança ou adolescente foi diagnosticado ($p = 0,125$).

Percepção dos fisioterapeutas

Na dimensão disponibilidade, a distância entre o estabelecimento e a casa da criança ou adolescente foi referida por 83,3% dos fisiotera-

peutas, seguida da falta de transporte (66,7%). Na sequência, a fila de espera para conseguir atendimento e a alta demanda de atendimentos apresentaram 61,1%. Similarmente, a falta de fisioterapeutas e a pouca oferta de serviços credenciados ao SUS foram citadas por 38,9% (Tabela 1). Na dimensão poder de pagamento, 72,2% dos fisioterapeutas referiram a falta de recursos financeiros da família. Na dimensão informação, identificou-se a falta de informação dos pais e/ou responsáveis como dificultador de acesso ao tratamento (77,8%). Entre os fisioterapeutas que afirmaram essa dificuldade, 50,0% ($n = 7$) discordaram que os pais e/ou responsáveis compreendiam o diagnóstico das crianças e adolescentes e 35,7% ($n = 5$) concordaram. Por fim, na dimensão aceitabilidade, 61,1% dos profissionais citaram a negação da deficiência, síndrome ou lesão como dificuldade de acesso (Tabela 1).

Percepção dos gestores dos estabelecimentos

Na dimensão disponibilidade de acesso, os gestores referiram a distância como maior dificuldade de acesso, seguida da falta de transporte (40,0%) e alta demanda por atendimento (33,3%). A fila de espera para conseguir atendimento, a pouca oferta de serviços credenciados ao SUS e a falta de fisioterapeutas foram citadas por apenas 20,0% dos gestores. Na dimensão poder de pagamento, a falta de recursos da família

foi indicada por 60,0% dos profissionais. Por sua vez, na dimensão informação, a falta de informação dos pais e/ou responsáveis foi citada por 40,0% dos gestores, enquanto, na dimensão aceitabilidade, a negação da deficiência, síndrome ou lesão foi referida por 60,0% deles (Tabela 1).

Discussão

A discussão é aqui apresentada considerando a ordem de tangibilidade das dimensões de acesso⁹, bem como a similaridade das percepções dos atores envolvidos.

Na dimensão disponibilidade, a distância entre o serviço e a residência das crianças e/ou adolescentes foi a dificuldade mais referida pelos atores desta pesquisa, existindo ainda associação estatisticamente significativa entre a distância e o tempo de locomoção até o estabelecimento. Tais achados corroboram os resultados de um estudo realizado em Fortaleza com pessoas com deficiência¹⁹, que identificou como dificuldades aspectos vinculados à acessibilidade geográfica, como o tempo para chegar até o estabelecimento e a distância, segundo a percepção delas e de odontólogos.

Paralelamente, neste estudo, o georreferenciamento permitiu demonstrar que os serviços estavam alocados nas regiões centrais, a despeito de os usuários residirem predominantemente em regiões afastadas. Esse afastamento pode maximizar as dificuldades de acesso aos serviços, sendo que, nesse sentido, outros estudos têm referido problemas como inadequação dos transportes, dependência de ambulâncias, que nem sempre atendem às demandas de toda a população, e falta de recursos para custear o transporte e deslocamento quando em situações de zona rural^{12,13,20}. Embora seja conhecido que o distanciamento dos estabelecimentos dá-se em função de a oferta de serviços ser hierarquizada e regionalizada, de modo que, quanto mais especializados, mais distantes estão os serviços da população²¹, Travassos e Martins²² afirmam que a acessibilidade geográfica é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades de acesso. Travassos²³ ainda ressalta que a distribuição espacial dos serviços de saúde deve apresentar coerência para que sejam utilizados adequadamente.

No tocante à pouca oferta de serviços de fisioterapia credenciados ao SUS, que apresentou associação significativa entre a dificuldade relatada e o número de terapias semanais, é válido mencionar que conjuntamente surgiram per-

cepções da alta demanda por atendimentos e falta de fisioterapeutas. Tais fatores sugerem um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços e se assemelham aos resultados de um estudo realizado em São Paulo, em que se observaram o número reduzido de atendimentos e a falta de profissionais para atender a toda a demanda nos serviços de reabilitação²⁴. Outra dificuldade que pode estar atrelada à oferta de serviços é a fila de espera, que evidenciou espera de aproximadamente seis meses para obter acesso à fisioterapia entre o grupo de pais que reportou tê-la enfrentado. Destaca-se também que essa espera foi confirmada a partir da Tabela 3, que realça a existência de lapso no sistema para o acesso à média complexidade. Embora esses achados não sejam exclusivos desta pesquisa, tendo em vista que estudos nacionais e internacionais têm descrito situações similares nos serviços utilizados por pessoas com deficiência^{6,14,20,25,26}, a superação dessas dificuldades configura-se um desafio à saúde pública, uma vez que exprime a fragilidade do sistema em garantir o direito à saúde de forma integral, reiterado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente^{27,28}.

No tocante à demora do diagnóstico, notou-se uma divergência entre as percepções de demora ou não na obtenção do diagnóstico, uma vez que a média em meses foi maior entre os pais e/ou responsáveis que negaram essa dificuldade, fato que não foi elucidado neste estudo. A idade de obtenção do diagnóstico variou segundo as causas de deficiência física; no caso da paralisia cerebral, por exemplo, evidenciou-se que a consolidação do diagnóstico ocorreu por volta dos 12 meses, corroborando a literatura, pois é no decorrer dos meses após o nascimento que se torna notável o atraso no desenvolvimento motor da criança²⁹. Contudo, para os casos relacionados à mielomeningocele, doenças neuromusculares e malformações congênitas, a literatura descreve que os diagnósticos podem ser obtidos em tempo menor do que as médias encontradas nesta pesquisa^{30,31}. Esses achados sugerem fragilidades no acesso aos serviços diagnósticos, que, por sua vez, culminam no acesso tardio à fisioterapia verificado nesta pesquisa, em que se observou que, com exceção das crianças com diagnóstico de síndrome de Down, as demais obtiveram o serviço de fisioterapia após o primeiro ano de vida, ou seja, em tempo desfavorável ao desenvolvimento motor máximo, visto que a criança tem maiores chances de desenvolver sua capacidade motora quando estimulada até os 12 meses de idade³².

Em relação à percepção de dificuldades entre os grupos entrevistados, observou-se que os gestores referiram com menor frequência a existência de problemas vinculados à disponibilidade de serviços, como fila de espera e pouca oferta de serviços, achado que indica possível viés, pois se trata de aspectos organizacionais que poderiam ou não estar vinculados à governabilidade desse ator. Estudos relacionados à percepção de gestores de saúde têm confrontado essas descobertas, apontando o reconhecimento de diversas fragilidades do sistema de saúde em distintos níveis de atenção^{33,34}. Assim, acredita-se que a visão otimista dos gestores desta pesquisa deu-se em decorrência da tentativa de diluir as dificuldades organizacionais dos serviços.

Na dimensão poder de pagamento, identificou-se a falta de recursos financeiros, que pode ser atribuída à baixa renda dos participantes. Notou-se que essa dificuldade apresentou associação significativa com um maior tempo de fila de espera para ter acesso à fisioterapia. Diante desse achado, acredita-se que a falta de recursos tenha postergado a procura por um serviço após a obtenção do diagnóstico, sugerindo que a existência de um serviço público, por si só, não garante sua utilização. Estudos internacionais têm comprovado que fatores financeiros afetam a utilização dos serviços^{7,35}, porém o impacto da falta de recursos financeiros na utilização do serviço de fisioterapia não foi investigado, visto a transversalidade do estudo. Sugere-se, desse modo, a investigação da implicação dos fatores financeiros na utilização dos serviços públicos, a fim de propor soluções que permitam o acesso de forma efetiva.

Na dimensão informação, constatou-se que a escolaridade dos pais não exerceu influência na idade de obtenção do diagnóstico e início do tratamento fisioterapêutico, diferindo de alguns autores, que descrevem a influência da escolaridade no acesso e utilização dos serviços^{36,37}. Segundo Barata³⁸, o uso dos serviços é influenciado pelo grau de escolaridade, porém, com a criação do SUS, o acesso a eles foi estendido a grande maioria da população brasileira, de modo a tornar menores as diferenças decorrentes dele.

Ainda nessa dimensão, de acordo com os profissionais entrevistados, havia falta de informação dos pais e/ou responsáveis e de compreensão do diagnóstico, indicando fragilidades na comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo⁹. Estudos têm pontuado a ausência do fornecimento de informação por parte dos profissionais de saúde às famílias com crianças e adolescentes com

doenças crônicas^{39,40}. Há, portanto, a necessidade de sensibilizar os profissionais da saúde acerca do desenvolvimento de ações educativas, assegurando o acesso à informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e seus familiares⁴¹.

Acerca da negação, dificuldade relacionada à dimensão aceitabilidade referida pelos profissionais, que se caracteriza pela não aceitação do acontecido com a criança, a literatura revela que ela pode postergar o tratamento e acentuar as dificuldades vivenciadas pela família para prestar cuidados⁴¹. Considerando que a revelação do diagnóstico e prognóstico é um momento que requer adequado suporte da equipe que irá realizá-lo, pois envolve uma ocasião difícil para a família, que necessita de apoio para enfrentar essa nova situação⁴², os profissionais envolvidos nesse processo devem ser sensibilizados a participar ativamente, a fim de prestar os esclarecimentos necessários aos pais e/ou responsáveis.

Entre as limitações do estudo, cita-se sua realização nos estabelecimentos de saúde, que pode ser tendenciosa, em função de o profissional depender financeiramente da instituição, bem como de os pais e/ou responsáveis necessitarem dela para garantir o tratamento dos filhos, mesmo considerando que todos os atores tenham sido informados de que a pesquisa não apresentava vínculo com o estabelecimento. Indica-se também a não investigação da real utilização dos serviços depois de estarem inseridos no sistema, fato que não permite identificar o impacto dessas dificuldades no tratamento recebido.

Conclusões

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que dificultam o acesso de crianças e adolescentes com deficiência física ao tratamento fisioterapêutico em estabelecimentos credenciados ao SUS, no município de Curitiba, Paraná, Brasil. Embora não se possam fazer generalizações, os resultados mostram que as principais dificuldades vinculadas à dimensão disponibilidade são: distância entre o estabelecimento e a residência das crianças e/ou adolescentes, fila de espera para obter tratamento, pouca oferta de serviços credenciados ao SUS, demora na obtenção do diagnóstico e início do tratamento após os 12 meses de idade, com exceção das crianças com diagnóstico de síndrome de Down. Na dimensão poder de pagamento, evidenciou-se que a falta de recursos financeiros está associada a um tempo maior de fila de espera para obtenção do

tratamento. Já nas dimensões informação e aceitabilidade, identificaram-se a falta de informação e não compreensão do diagnóstico clínico das crianças e/ou adolescentes, bem como a negação da deficiência, síndrome e/ou lesão.

Os achados sugerem que as crianças não têm tido acesso ao serviço de fisioterapia em tempo favorável ao desenvolvimento motor máximo, fato que diminui suas chances de desenvolver sua capacidade motora. Embora tais dificuldades não sejam exclusivas do município investigado, é salutar a criação de estratégias que garantam o acesso integral à saúde das crianças e adolescentes com absoluta prioridade, tal como garantem as leis vigentes.

Colaboradores

VA Silva, DR Carvalho, ADL Moser e APC Loureiro idealizaram o design do estudo, analisaram e interpretaram os dados, elaboraram e revisaram criticamente o artigo, bem como aprovaram a versão final a ser submetida. VA Silva, ARR Busnello e RC Cavassin realizaram a coleta de dados durante a pesquisa de campo, analisaram e interpretaram os dados, bem como participaram da redação do artigo e aprovaram a versão final.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado por meio do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares Stricto Sensu (Prosup).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP; 2003.
2. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 21 dez.
3. Israel VL, Bertoldi ALS. *Deficiência físico-motora: interface entre educação especial e repertório funcional*. Curitiba: Intersaberes; 2012.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: Lexicus Serviços Lingüísticos, SEDPCD; 2012.
5. Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência*. Brasília: SDHPR/SNPD, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2012.
6. Castro SS, Cieza A, Cesar CLG. Problems with accessibility to health services by persons with disabilities in São Paulo. *Disabil Rehabil* 2011; 33(17-18):1693-1698.
7. McDoom MM, Koppelman E, Drainoni ML. Barriers to accessible health care for medicaid eligible people with disabilities: a comparative analysis. *J Disabil Policy Stud* 2014; 25(3):154-163.
8. Travassos C, Castro MS. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-203.
9. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-268.
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
11. Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência*. Brasília: SDH; 2013.
12. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1833-1840.
13. Amaral FLJS, Motta MHA, da Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2991-3001.
14. Cardoso AM, Brito DB, Alves VF, Padilha WN. O acesso ao cuidado em saúde bucal para crianças com deficiência. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(4):593-599.
15. Nunes BP. *Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas-RS* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012.
16. Silva VA, Carvalho DR, Moser AD. Acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiência: uma revisão integrativa. *Sodebras* 2016; 11(132):162-167.
17. Tietzmann D. Introdução à tópicos aplicados em Epidemiologia. In Tietzmann D. *Epidemiologia*. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2014. p. 57-63.
18. Lopes MVO. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia & Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p. 121-132.
19. Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled. *BMC Oral Health* 2015; 15(35):1-9.
20. Dew A, Bulkeley K, Veitch C, Bundy A, Gallego G, Lincoln M, Brentnall J, Griffiths S. Addressing the barriers to accessing therapy services in rural and remote areas. *Disabil Rehabil* 2013; 35(18):1564-1570.
21. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. p. 547-555.
22. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):190-198.
23. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(2):325-330.
24. Souza C, Rocha E. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo - período de 2000 a 2006. *Rev Ter Ocup* 2010; 21(3):230-239.
25. 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.
26. Gibson BE, Mykitiuk R. Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a qualitative study. *Womens Health Issues* 2012; 22(1):111-118.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*; 2002.
28. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
29. Leite JMRS, Prado GF. Paralisia cerebral aspectos fisioterapêuticos e clínicos. *Rev Neurocienc* 2008; 12(1):41-45.
30. Pinto Júnior W. Diagnóstico pré-natal. *Cien Saude Colet* 2002; 7(1):139-157.
31. Reed UC. Doenças neuromusculares. *J Pediatr* 2002; 78(1):89-104.
32. Mancini MC, Teixeira S, Araújo LG, Paixão ML, Magalhães LC, Coelho ZAC, Gontijo APB, Furtado SRC, Sampaio RE, Fonseca ST. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2002; 60(4):974-980.
33. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis (Rio J)* 2010; 20(3):953-972.
34. Ferreira JC, Fernandes APP, Souza C, Bicudo DO, Mazza VA. A percepção do gestor sobre a organização da atenção básica à saúde da criança. *Cogitare Enferm* 2010; 15(1):26-32.
35. Iezzoni LI, Frakt AB, Pizer SD. Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services. *Disabil Health J* 2011; 4(4):238-244.

36. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso dos serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 1):s3.
37. Chiavegatto Filho ADP, Wang YP, Malik AM, Takaoka J, Viana MC, Andrade LH. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:15.
38. Barata RB. A posição social e seus reflexos sobre a saúde. In Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 23-29.
39. Ribeiro MFM, Barbosa MA, Porto CC. Paralisia cerebral e síndrome de Down: nível de conhecimento e informação dos pais. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2099-2106.
40. Cerqueira MMF, Alves RO, Aguiar MGG. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10):3223-3232.
41. Milbrath VM, Siqueira HCH, Motta MGC, Amestoyl SC. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(4):921-928.
42. Castro EK, Piccinini CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol Reflex Crit* 2002; 15(3):625-635.

Artigo apresentado em 12/09/2017

Aprovado em 27/11/2018

Versão final apresentada em 29/11/2018