

Relatório global sobre equidade em saúde para pessoas com deficiência



Relatório global sobre equidade em saúde para pessoas com deficiência



This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition

Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês deve ser a edição vinculativa e autêntica

Relatório global sobre equidade em saúde para pessoas com deficiência

ISBN 978-92-4-006360-0 (versão eletrônica)

ISBN 978-92-4-006361-7 (versão impressa)

© **Organização Mundial da Saúde 2022**

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Nos termos da licença, você pode copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que o trabalho seja devidamente citado, conforme indicado abaixo. Em qualquer uso deste trabalho, não deve haver nenhuma sugestão de que a OMS endossa qualquer organização, produtos ou serviços específicos. O uso do logotipo da OMS não é permitido. Se você adaptar o trabalho, então você deve licenciar o seu trabalho sob a mesma licença Creative Commons ou equivalente. Se você criar uma tradução deste trabalho, você deve adicionar o seguinte aviso de isenção de responsabilidade ao longo da citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original inglesa é a edição vinculativa e autêntica".

Qualquer mediação relativa a litígios decorrentes da licença deve ser conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/> regras/).

Citação sugerida. Relatório global sobre equidade em saúde para pessoas com deficiência. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Licença: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Dados de Catalogação na Publicação (CIP). Os dados de CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

Vendas, direitos e licenciamento. Para comprar publicações da OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para enviar solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenciamento, consulte <https://www.who.int/direitos-autorais>.

Materiais de terceiros. Se você quiser reutilizar material deste trabalho que é atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se a permissão é necessária para essa reutilização e obter permissão do detentor dos direitos autorais. O risco de atos resultantes da violação de qualquer componente de propriedade de terceiros na obra incumbe exclusivamente ao utilizador.

Isenções de responsabilidade gerais. As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão **de qualquer opinião** por parte da OMS sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas fronteiras ou fronteiras. Linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para o caso de ainda não haver um acordo total.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela OMS em preferência a outros de natureza semelhante que não sejam mencionados. Excetuados os erros e omissões, as denominações dos produtos de propriedade são distinguidas por letras maiúsculas iniciais.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é do leitor. Em nenhum caso a OMS será responsável por danos decorrentes de seu uso.

Conceito e layout do design: Inis Communication

Conteúdo

PREFÁCIO.....	v
AGRADECIMENTOS	Vii
SIGLAS E ABREVIATURAS	x
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. EQUIDADE EM SAÚDE PARA PESSOAS COM QUESTÕES DE DEFICIÊNCIA.....	13
Visão geral.....	15
1.1 Pessoas com deficiência e a sua experiência de iniquidade em matéria de saúde.....	16
1.2 A equidade em saúde para pessoas com deficiência é uma obrigação do Estado.....	19
1.3 Uma grande parte da população tem deficiência.....	22
1.4 Abordar a equidade em saúde para as pessoas com deficiência promoverá a realização das prioridades globais em matéria de saúde	28
1.5 A abordagem das iniquidades em matéria de saúde das pessoas com deficiência beneficia todos	37
1.6 Equidade em saúde e participação significativa na sociedade	41
1.7 Equidade em saúde para pessoas com deficiência: um investimento essencial	43
CAPÍTULO 2. INIQUIDADES EM SAÚDE VIVENCIADAS PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SEUS FATORES CONTRIBUINTES 59	
Visão geral.....	61
2.1 Iniquidades em saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência.....	62
2.2 Fatores que contribuem para as iniquidades em saúde das pessoas com deficiência	65
CAPÍTULO 3. PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SECTOR DA SAÚDE	153
Visão geral.....	155
1. Compromisso político, liderança e governança.....	163

2. Financiamento da saúde.....	182
3. Envolvimento das comunidades e outras partes interessadas, incluindo o setor privado fornecedores.....	188
4. Modelos de atenção	200
5. Mão-de-obra da saúde e dos cuidados..... de saúde	214
6. Infraestruturas físicas.....	222
7. Tecnologias digitais para a saúde	228
8. Sistemas para melhorar a qualidade dos cuidados.....	233
9. Acompanhamento e avaliação	239
10. Investigação em matéria de políticas e sistemas de saúde.....	246

CAPÍTULO 4. PRINCÍPIOS RECOMENDADOS PARA EXECUÇÃO **263**

Princípio Recomendado 1: Incluir a equidade em saúde para pessoas com deficiência em o centro de qualquer acção do sector da saúde	264
Princípio Recomendado 2: Garantir o empoderamento e a participação significativa das pessoas com deficiência e suas organizações representativas ao implementar qualquer acção no sector da saúde	266
Princípio Recomendado 3: Monitorar e avaliar até que ponto o setor de saúde ações estão levando à equidade em saúde das pessoas com deficiência.....	267

ANEXO 1. METODOLOGIA DAS REVISÕES DE ESCOPO DA LITERATURA **270**

ANEXO 2. PROCESSO DE **CONSULTA 281**

ANEXO 3. PREVALÊNCIA DE INCAPACIDADE – METODOLOGIA **285**

ANEXO 4. METODOLOGIA DAS ANÁLISES ECONÓMICAS..... **289**

ANEXO 5. PADRONIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS SOBRE A DEFICIÊNCIA **296**

Prefácio

Estima-se que 1,3 bilhão de pessoas em todo o mundo experimentam uma deficiência significativa.

Este número cresceu ao longo da última década e continuará a aumentar devido a mudanças demográficas e epidemiológicas, ressaltando a urgência de ação.

Há mais de uma década, a OMS e o Banco Mundial publicaram o primeiro Relatório Mundial sobre Deficiência. Desde então, registaram-se progressos substanciais em muitos países, mas muitas pessoas com deficiência continuam a ser deixadas para trás. Devido a persistentes iniquidades de saúde, eles morrem mais cedo, têm pior saúde e funcionamento, e são mais afetados por emergências de saúde do que a população em geral.

Não fazer nada para resolver essas iniquidades em saúde para as pessoas com deficiência significa negar a realização do direito universal ao mais alto padrão atingível de saúde. Cada país tem a obrigação, de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e muitos marcos legais domésticos, de abordar essas desigualdades.

A pandemia de COVID-19 revelou e exacerbou as desigualdades de saúde enfrentadas por muitas pessoas em todo o mundo. Muitas pessoas com deficiência e suas famílias foram desproporcionalmente afetadas por restrições de movimentos sociais, requisitos de distanciamento físico e priorização de certos serviços de saúde – todos os quais afetaram seu acesso a serviços essenciais que são críticos para manter a saúde e o funcionamento.

À medida que o mundo continua a se recuperar da pandemia de COVID-19 e se preparar para futuras emergências de saúde, temos a oportunidade de tornar os sistemas de saúde mais inclusivos para pessoas com deficiência por meio da abordagem de cuidados de saúde primários. Fazer isso deve fazer parte da jornada de todos os países em direção à cobertura universal de saúde e às outras metas relacionadas à saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

O Relatório Global sobre Equidade em Saúde para Pessoas com Deficiência apresenta a base de evidências para mudanças mais sistemáticas, abrangentes e sustentáveis no setor de saúde. Descreve as principais ações políticas e programáticas e recomendações para que os Estados-Membros reforcem e expandam os serviços prestados às pessoas com deficiência.



Esperamos que os governos, os parceiros de saúde e a sociedade civil, incluindo organizações de pessoas com deficiência, trabalhem juntos para implementar as recomendações deste relatório, para que as pessoas com deficiência possam alcançar o mais alto padrão de saúde atingível.



A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Tedros Adhanom Ghebreyesus'.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Diretor-Geral, Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) gostaria de agradecer aos numerosos colaboradores por seu apoio e orientação. Sem a sua dedicação, tempo e experiência, este relatório não teria sido possível.

O *Relatório Global sobre Equidade em Saúde para Pessoas com Deficiência* foi escrito por Kaloyan Kamenov, Darryl Barret, Emma Pearce e Alarcos Cieza com o apoio técnico de Mangai Balasegaram, Allison Choe, Mélanie Gréaux, Juliet Milgate, Maria Francesca Moro, Deepa Palaniappan, Amy Russell e Emre Umucu, sob a orientação geral de Bente Mikkelsen, Diretor, Department of Noncommunicable Diseases, e Ren Minghui, Director-Geral Adjunto. O desenvolvimento e a finalização foram possíveis graças ao apoio de Yasaman Etemadi e Robin Chasserot.

O relatório beneficiou de contribuições do seguinte pessoal da OMS:

Mohammed Bappirambharath, Shannon Barkley, Melanie Bertram, Rayana Ahmad Bou Haka, Marzia Calvi, Alex Camacho, Bochen Cao, Matteo Cesari, Shelly Chadha, Somnath Chatterji, Giorgio Cometto, Nathalie Drew, Antony Duttine, Abdelrahman Elwishahy, Michelle Funk, Susana Lidia Gomez Reyez, Wouter de Grootte, Hayatee Hasan, Shirin Heidari, Ernesto Jaramillo, Safo Kalandarov, Jagdish Kaur, Chapal Khasnabis, Pauline Kleinitz, Theadora Koller, Aku Kwamie, Daniel Low-Beer, Nathalie Maggay, Jody-Anne Mills, Andrew Mirelman, Satish Mishra, Ryoko Miyazaki-Krause, Win Moh Moh Thit, Cathal Morgan, Derrick Muneene, Pudentienne Musabyimana, Taina Nakari, Joyce Nato, Marjolaine Nicod, Alana Officer, Miriam Orcutt, Christina Pallitto, Edith Patouillard, Juan Pablo Peña Rosas, Sunil Pokhrel, Martine Annette Prüss, Kumanan Rasanathan, Alexandra Rauch, Anna Laura Ross, Jose Antonio Ruiz Postigo, Binta Sako, Hala Sakr, Kylie Shae, Bolormaa Sukhbaatar, Juan Tello, Tashi Tobgay, Nuria Toro Polanco, Masahiro Zakoji.

Contributors

COLABORADORES TÉCNICOS

Renu Addlakha (Centro de Estudos de Desenvolvimento da Mulher, Índia), Anthony Danso-Appiah (Centro de Síntese e Política de Evidências da Universidade de Gana), Alessandra Aresu (Humanidade e Inclusão), Jerome Bickenbach (Universidade de



Lucerna, Suíça), Alexandre Bloxs (Federação Mundial de Surdos), Marieke Boersma (Luz para o Mundo), Jarrod Clyne (Aliança Internacional para a Deficiência), Sarah Collinson (Sightsavers), Julian Eaton (CBM Global Disability Inclusion e London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte), Danny Haddad (CBM Global Disability Inclusion), Dominic Haslam (Sightsavers), Xiangyang Hu (China Disabled Persons' Federation), Lisa Iezzoni (Harvard Medical School, EUA), Anne Kavanagh (Universidade de Melbourne, Austrália), Gloria Krahn (consultora de deficiência para grupos governamentais e universitários), Hannah Kuper (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido), Vivian Lin (Universidade de Hong Kong), Caitlin Littleton (HelpAge International), Amanda McRae (Women Enabled International), Manel Mhiri (Inclusion International), Sophie Mitra (Fordham University, EUA), Sagit Mor (Universidade de Haifa, Israel), Susan L. Parish (Virginia Commonwealth University College of Health Professions, EUA), Andrea Pregel (Sightsavers), Susannah Rodgers (Foreign, Commonwealth & Development Office, Reino Unido), Dikaios Sakellariou (Cardiff University, Reino Unido), Michael Schwinger (CBM International), Ashley Shew (Science, Technology, and Society, Virginia Tech, EUA), Shahin Soltani (Kermanshah University of Medical Sciences, Irã), Leslie Swartz (Universidade de Stellenbosch, África do Sul), Bonnielin Swenor (Johns Hopkins Disability Health Research Center, EUA), Alberto Vásquez Encalada (Center for Inclusive Policy), Martine Abel Williamson (World Blind Union), Sandra Willis (World Enabled e Columbia University, EUA).

ANÁLISE E MODELIZAÇÃO DOS DADOS

Theo Vos, Sarah Wulf Hanson, Yifan Wu, do Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde

ANÁLISE ECONÔMICA E MODELAGEM

Robert Smith, Christine Leopold, David Tordrup, da Triangulate Health LTD

ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONJUNTO DE FERRAMENTAS

Sarah Bourn, Corinne Clark, Natasha Kennedy, Kcomeu McCoy, de Sightsavers

HISTÓRIAS PESSOAIS

Chris Agbega (advogado e treinador de pares da Aliança de Doenças Não Transmissíveis do Gana), Philippe Aubert (pessoa com paralisia cerebral e autor do livro *Rage*), Myint Aung (pessoa com epilepsia em Mianmar), Ahmed Hankir (psiquiatra e apresentador do *Wounded Healer*), Coumba Ndiaye (ativista da deficiência e vereadora em um município de Dakar no Senegal), Nguyen Phuong Ha (vice-presidente, Associação da Família da Paralisia Cerebral, Vietnã), Raja



Sabra (pessoa com deficiência psicossocial e conferencista no Líbano), Frank Trigueros (presidente da European Deafblind e FASOCIDE, a Federação das Associações de Surdocegas em Espanha)

ESTUDOS DE CASO

Agustin Bergeret (Ministério da Saúde Pública, Uruguai), Pratima Gajraj (Ministério da Saúde, Fiji), Khalid Abdul Hadi (Ministério da Saúde Pública, Qatar), Juan Lacuague (Ministério da Saúde Pública, Uruguai), Rosemary McKay (Departamento dos Negócios Estrangeiros e Comércio, Austrália), Thomas Morrin (Departamento da Saúde, Irlanda), Aoife O'Flaherty (Departamento da Saúde, Irlanda), Synnøve Ravnstad Eikefet (Ministério da Saúde e Serviços de Cuidados, Noruega), Maria Cristina Raymundo (Departamento de Saúde, Filipinas), Nassib Tawa (Centro de Pesquisa em Saúde da Coluna Vertebral e Medicina de Reabilitação, J.K.U.A.T. Quênia), Tatiana Vasconcelos da Cruz (Especialista do UNV para a Inclusão da Deficiência na ONU, Uruguai)

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS

Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), União Internacional de Telecomunicações (UIT), Centro de Comércio Internacional, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Gabinete do Coordenador Residente das Nações Unidas (UNRCO),

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Género e o Empoderamento de Mulheres (UNWOMEN), Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos do Homem (UNOHCHR), Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos dos Refugiados (ACNUR), Programa das Nações Unidas para os Colonatos Humanos (UN-Habitat), Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação dos Assuntos Humanitários (UN OCHA), Parceria das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UNPRPD), Fundo Populacional das Nações Unidas (UNFPA), Gabinete das Nações Unidas para a Juventude do Gabinete do Secretário-Geral, Banco Mundial.

OUTROS COLABORADORES

A OMS reconhece com gratidão as contribuições feitas por mais de 150 Estados-Membros de todas as regiões da OMS, organizações de pessoas com deficiência, deficiência e prestadores de serviços de saúde, organizações internacionais de deficiência e desenvolvimento, instituições académicas, entidades do setor privado de saúde, bem como indivíduos que participaram das consultas regionais e globais ou forneceram feedback on-line ao rascunho do relatório global.

A OMS também deseja agradecer às seguintes entidades por seu generoso apoio financeiro no desenvolvimento, publicação e disseminação do relatório: Sightsavers e USAID.

Siglas e Abreviaturas

Convenção da CDPD	sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
Tecnologia	digital e assistiva DAT
FDD11	Ferramenta de Desagregação de Funcionamento e Incapacidade (OMS)
PIB	produto interno bruto
GLAD	Ação Global sobre Deficiência
Sistemas de	informação em saúde HIS
Política de	saúde HPSR e pesquisa de sistemas
QVRS	qualidade de vida relacionada à saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da
CIF	
OIT	Organização Internacional do Trabalho
	União Internacional de Telecomunicações da UIT
LGBTQIA	lésbica, gay, bissexual, trans, queer ou questionador, intersexo, assexual
	MDS Model Disability Survey (OMS)
	Doença não transmissível das DNT
ONG	organização não governamental
	OPAS Organização Pan-Americana da Saúde (OMS)
APS	atenção primária à saúde
Questão de	pesquisa RQ
Objetivo de	Desenvolvimento Sustentável dos ODS

Saúde sexual e reprodutiva da SSR
Cobertura universal de saúde UHC

ONU Nações Unidas
UNDIS Estratégia das Nações Unidas para a Inclusão das Pessoas com Deficiência
Fundo de População das Nações Unidas do UNFPA
Parceria das Nações Unidas para os Direitos das Pessoas com Deficiência do PNUDPD

Água de lavagem, saneamento e higiene
Diretrizes de acessibilidade de conteúdo da Web WCAG
Assembleia Mundial da Saúde da WHA
Organização Mundial da Saúde da OMS





Introdução

Visão geral

- A deficiência faz parte do ser humano e é parte integrante da experiência humana. Resulta da interação entre condições de saúde e/ou deficiências que uma pessoa experimenta, como demência, cegueira ou lesão medular, e uma série de fatores contextuais relacionados a diferentes fatores ambientais e pessoais, como atitudes sociais, acesso a infraestrutura, políticas discriminatórias, idade ou sexo.
- A partir de 2021, aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas – cerca de 16% da população global – experimentam deficiência.
- As pessoas com deficiência fazem parte da diversidade humana e, embora muitas vezes referidas como uma única população, são um grupo muito diversificado de pessoas.
- As pessoas com deficiência têm o mesmo direito que qualquer pessoa a mais elevado nível de saúde possível.
- Progressos substanciais foram feitos em muitos países; no entanto, o mundo ainda está longe de realizar o direito ao mais alto padrão atingível de saúde para as pessoas com deficiência. Isso se deve às persistentes iniquidades em saúde que as pessoas com deficiência experimentam.
- O objetivo geral deste relatório é tornar a equidade em saúde para pessoas com deficiência uma prioridade de saúde global. Os objetivos específicos do relatório são:
 - chamar a atenção dos decisores do sector da equidade no domínio da saúde das pessoas com deficiência;
 - documentar evidências sobre iniquidades em saúde e experiências de países sobre abordagens para o avanço da equidade em saúde no contexto da deficiência; e
 - fazer recomendações que estimulem a ação em nível de país.

Deficiência e pessoas com deficiência

A deficiência faz parte do ser humano e é parte integrante da experiência humana. Resulta da interação entre condições de saúde e / ou deficiências que uma pessoa experimenta, como demência, cegueira ou lesão medular, e uma série de fatores contextuais relacionados a diferentes fatores ambientais e pessoais, incluindo atitudes sociais, acesso a infraestrutura, políticas discriminatórias, idade e gênero. Essa compreensão da deficiência está fundamentada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, publicada em 2001 (1). A CIF, adotada pelos Estados-Membros da OMS, foi o primeiro documento a estabelecer uma nova compreensão da deficiência, baseada no modelo biopsicossocial, e a definir a deficiência não só pela condição de saúde subjacente ou deficiência de uma pessoa, mas também pelo efeito fundamental do seu ambiente.

Deficiência não é o mesmo que uma condição de saúde. Por exemplo, depressão, paralisia cerebral ou ter uma retinopatia não são deficiências: são condições de saúde que contribuem para a incapacidade se o ambiente circundante impactar negativamente a vida da pessoa. Uma pessoa com deficiência pode ser uma criança com cegueira que não pode frequentar a escola devido à falta de produtos de assistência à visão e materiais educacionais que não são adaptados às suas necessidades. Uma pessoa com deficiência pode ser um homem na casa dos quarenta anos com diagnóstico de esquizofrenia, que não tem emprego por causa da estigmatização associada à saúde mental. Uma pessoa com deficiência pode ser uma mulher aposentada com demência que não tem os meios para pagar cuidados de saúde ou cuidados de longa duração e vive isolada da sociedade. Independentemente da condição de saúde ou deficiência, as pessoas com deficiência podem desfrutar de vidas saudáveis, realizando suas aspirações, satisfazendo suas necessidades e mudando seus ambientes (2).

A partir de 2021, aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas – cerca de 16% da população global – têm deficiência. Este número aumentou substancialmente durante a última década devido a diferentes alterações demográficas e epidemiológicas, como o aumento da população e o aumento do número de pessoas com doenças não transmissíveis, que vivem mais tempo e envelhecem com limitações de funcionamento.

As pessoas com deficiência fazem parte da diversidade humana; embora muitas vezes referidos como uma única população, eles são um grupo muito diversificado de pessoas. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) descreve as pessoas com deficiência como "aquelas que têm deficiências físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais de longo prazo que em interação

com várias barreiras pode impedir a sua participação plena e efectiva na sociedade, em condições de igualdade com os outros" (3). Pessoas com deficiência podem ser de qualquer idade, identidade de gênero, raça ou religião. Vários fatores contribuem para essa diversidade, incluindo a variedade substancial de condições de saúde subjacentes e deficiências que determinam as diferentes necessidades de cuidados de saúde do indivíduo. Por exemplo, crianças com condições subjacentes, como cardiopatia congênita ou distrofia muscular, podem necessitar de intervenções de saúde, como identificação precoce e reabilitação, para otimizar seu desenvolvimento e funcionamento (4). Adolescentes com condições de saúde mental e deficiências psicossociais podem se beneficiar de serviços de saúde em ambientes de cuidados não especializados. Pessoas com condições crônicas de saúde associadas a altos níveis de incapacidade, como lesão medular, acidente vascular cerebral ou artrite reumatoide, muitas vezes têm necessidades de cuidados de longo prazo entregues por profissionais de saúde especializados (5). É provável que as pessoas idosas experimentem mais condições de saúde e comprometimentos, o que pode resultar em maior uso de cuidados de saúde e na necessidade de serviços de apoio pessoal (6).

O ambiente é um fator adicional que influencia a diversidade das pessoas com deficiência. Tal como acima descrito, diferentes barreiras ambientais, como a educação inacessível, o transporte, o emprego e os cuidados de saúde, podem impedir as pessoas com deficiência de participarem plena e eficazmente na sociedade em condições de igualdade com as outras. Duas pessoas com o mesmo tipo de deficiência e condição de saúde podem ter experiências muito diferentes de incapacidade. Por exemplo, uma pessoa com uma lesão na medula espinhal que vive em um ambiente de baixa renda sem transporte acessível, informação e comunicação de saúde ou emprego, experimentará deficiência de forma diferente de uma pessoa com a mesma condição, que se beneficia de um bom emprego, ampla rede social, apoio familiar e os cuidados de saúde de que precisa.

A interseção da deficiência com fatores como sexo, idade, identidade de gênero, orientação sexual, religião, raça, etnia e situação econômica também afeta as experiências e a participação das pessoas com deficiência. Embora a deficiência muitas vezes se correlacione com a desvantagem, nem todas as pessoas com deficiência são desfavorecidas igualmente. Por exemplo, as mulheres, as crianças e os idosos com deficiência sofrem uma desvantagem combinada associada ao sexo, à idade e à deficiência (7), o que se evidencia na discriminação, no acesso limitado aos cuidados de saúde ou no aumento das formas de violência (8–11). Por outro lado, maior renda e status muitas vezes ajudam a superar as limitações de atividade e restrições de participação (12). Além disso, as pessoas com deficiência que vivem em zonas rurais ou remotas têm um acesso substancialmente reduzido a serviços e apoio em comparação com as pessoas que vivem em áreas metropolitanas, pelo que podem sentir maiores desvantagens (13).

Pessoas com deficiência e o direito à o mais alto padrão de saúde atingível

A Constituição da Organização Mundial de Saúde estabelece uma série de princípios e obrigações, entre os quais "o gozo do mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição económica ou social" (14). As pessoas com deficiência têm o mesmo direito ao mais alto padrão de saúde atingível como qualquer outra pessoa. Este direito é inerente, universal e inalienável, e está consagrado no direito internacional através de tratados de direitos humanos e em quadros jurídicos internos, incluindo as constituições nacionais.

A CDPD é o principal tratado de direitos humanos¹ que promoveu uma nova era que reformula a deficiência no que diz respeito aos direitos humanos e estabelece a norma de participação das pessoas com deficiência na sociedade em igualdade de condições com as outras. A CDPD tem 185 ratificações ou adesões, e 164 signatários,² reconhecendo o amplo apoio global para abordar os direitos humanos das pessoas com deficiência em todos os lugares. Proporciona um quadro internacional que, entre outras coisas, promove e protege o direito das pessoas com deficiência a gozarem do seu mais elevado nível de saúde possível, tomando decisões sobre os seus próprios corpos e a sua própria saúde e sem serem discriminadas com base na sua deficiência.

Além do direito internacional, vários quadros globais de desenvolvimento e saúde reconheceram e promoveram o direito à saúde das pessoas com deficiência. A política internacional específica para a deficiência e os quadros orientadores evoluíram ao longo do tempo, começando com o Programa de Acção Mundial Relativo às Pessoas com Deficiência em 1982 (15), que incluiu uma tónica especial na reabilitação e nos serviços de saúde. Isso foi seguido em 1993 com as Regras Padrão sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, e forneceram orientação política para governos de todo o mundo sobre ações para melhorar as experiências das pessoas com deficiência (16). O Plano de Acção Global da OMS para a Deficiência 2014-2021 foi um passo significativo na consecução da saúde, do bem-estar e dos direitos humanos das pessoas com deficiência (17). Em 2021, na Setenta e Quarta Assembleia Mundial da Saúde, os Estados-Membros da OMS adotaram a resolução WHA74.8: "O mais alto padrão atingível de saúde para as pessoas com deficiência" (18), que reiterou a necessidade de os países assegurarem que as pessoas com deficiência exerçam a sua

¹ <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/coreinstruments.aspx>.

² <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>.



pleno direito à saúde. A resolução alinha-se com quadros internacionais mais amplos em matéria de saúde, como a Declaração Política das Nações Unidas sobre a Cobertura Universal de Saúde (19), que compromete os Estados-Membros a garantir que todas as pessoas possam aceder aos serviços de saúde essenciais de que necessitam sem dificuldades financeiras, alinhando-se assim com a meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A nível nacional, vários quadros jurídicos, leis de saúde ou leis sobre a deficiência apoiam a realização do direito ao ensinopara as pessoas com deficiência, com algumas constituições a garantirem especificamente isso. Por exemplo, a Constituição do Montenegro estabelece que "uma pessoa com deficiência tem direito à protecção da saúde a partir de receitas públicas, proporcionando cuidados de saúde gratuitos" (20). Para além das legislações nacionais, alguns países têm políticas nacionais que estabelecem um objetivo em matéria de saúde e bem-estar das pessoas com deficiência (21). Um exemplo é a Estratégia de Deficiência da Austrália 2021-2031, que tem como resultado "as pessoas com deficiência alcançam os mais altos resultados possíveis de saúde e bem-estar ao longo de suas vidas" (22). Indiscutivelmente, como expresso pelo Comitê da CDPD em suas observações finais aos relatórios do Estado, é necessário fazer mais em todos os países para prejudicaras leis existentes relacionadas à deficiência (23, 24).

Realizaram-se progressos substanciais em muitos países; no entanto, o mundo ainda está longe de realizar o direito ao mais alto padrão de saúde atingível para as pessoas com deficiência. Este relatório conclui que as pessoas com deficiência continuam a registar uma vasta gama de iniquidades em matéria de saúde. Os factores que contribuem para essas desigualdades permanecem inalterados durante a última década, e muitas pessoas com deficiência continuam a morrer prematuramente, têm pior saúde e experimentam mais limitações de funcionamento como resultado. A pandemia de COVID-19 revelou a posição desfavorecida das pessoas com deficiência dentro e fora do setor de saúde³ e a necessidade de ação urgente.

Porquê este relatório agora?

O apelo a este relatório surge num momento importante. Vários factores e desenvolvimentos ao longo da última década contribuíram para a necessidade de um relatório deste tipo hoje.

³ Os termos "setor de saúde" e "sistema de saúde" têm o mesmo significado e são frequentemente usados de forma intercambiável. A OMS define "sistema de saúde" como o "agregado de todas as organizações, instituições e recursos públicos e privados mandatados para melhorar, manter ou restaurar a saúde. Isso inclui serviços pessoais e populacionais, bem como atividades para influenciar as políticas e ações de outros setores para abordar os determinantes políticos, sociais, ambientais e econômicos da saúde". No entanto, o termo "sistema de saúde" é muitas vezes referido exclusivamente como um composto de "blocos de construção" ou componentes que trabalham juntos para fornecer serviços de saúde; seus outros papéis-chave, como a coordenação de ações multissetoriais, não são considerados. Portanto, para maior clareza, este relatório usará "setor de saúde" como um termo abrangente e "sistema de saúde" quando se refere aos seis blocos de construção.

Mais de 10 anos se passaram desde o lançamento do primeiro *relatório mundial sobre deficiência*⁴, produzido em conjunto pela OMS e pelo Banco Mundial. No relatório anterior, a saúde era um dos muitos temas, juntamente com outros, como a educação e o emprego. O presente relatório fornece uma análise mais compreensivos desafios no sector da saúde, bem como das acções necessárias para garantir o mais elevado nível de saúde possível às pessoas com deficiência.

Em 2014, para implementar as recomendações do *Relatório Mundial sobre Deficiência*, os Estados-Membros da OMS aprovaram o Plano de Ação Global da OMS para a Deficiência 2014-2021. O plano pedia aos países que removessem barreiras e melhorassem o acesso a serviços e programas de saúde; reforçar e alargar a reabilitação, os produtos de assistência e os serviços de apoio; e reforçar a investigação sobre a deficiência e os serviços conexos, bem como a recolha de dados relevantes e internacionalmente comparáveis sobre a deficiência. Em 2021, o plano de ação expirou, mas a necessidade de orientação global para ampliar a resposta do setor de saúde para os hóspedes com deficiência permaneceu.

Em 2015, todos os Estados-Membros das Nações Unidas adotaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que estabelece 17 objetivos para transformar o mundo. A agenda se compromete a não deixar ninguém para trás, incluindo as pessoas com deficiência, e reconhece a deficiência como uma questão transversal a ser considerada na implementação de todos os objetivos.

Em 2019, os chefes de Estado e os representantes de governo adotaram a declaração política: "Cobertura universal de saúde: caminhando juntos para construir um mundo mais saudável", que inclui uma referência específica feita às pessoas com deficiência, em termos de aumentar o "acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas com deficiência". O chamado também era para remover "físico, atitudinal, social, estrutural e barreiras financeiras, fornecer padrão de qualidade de cuidados e ampliar os esforços para seu empoderamento e inclusão, observando que as pessoas com deficiência, representando 15% da população global, continuam a experimentar necessidades de saúde não atendidas" (19).

Em 2019, o Secretário-Geral da ONU lançou a Estratégia de Inclusão de Deficiência das Nações Unidas (UNDIS) para implementar a inclusão da deficiência através da integração da deficiência nas áreas programáticas e nas operações comerciais das Nações Unidas. A estratégia permite que o sistema das Nações Unidas apoie a implementação da CDPD e de outros instrumentos internacionais de direitos humanos, bem como a realização dos ODS, da Agenda para a Humanidade (25) e do Quadro de Sendai para a Redução do Risco de Catástrofes (26). Alinhando-se com a UNDIS, este relatório também fornece insights sobre como integrar a deficiência nas áreas programáticas da OMS e da ONU.

⁴ Relatório mundial sobre deficiência. Organização Mundial da Saúde. Ano de 2011

A resolução histórica, adotada em 2021 pela Assembleia Mundial da Saúde, sobre "O mais alto padrão atingível de saúde para pessoas com deficiência", visa avançar a agenda de inclusão de pessoas com deficiência no setor de saúde nos países e se concentra em três áreas centrais: i) acesso a serviços de saúde eficazes; ii) proteção em emergências sanitárias; e iii) acesso a intervenções intersetoriais de saúde pública. Um pedido específico feito ao diretor-geral da OMS foi o de desenvolver um relatório global sobre o mais alto padrão de saúde possível para as pessoas com deficiência antes do final de 2022. Este relatório representa a resposta a esse pedido.

Objectivos do relatório

Este *relatório global sobre equidade* em saúde para pessoas com deficiência identifica e analisa os fatores que contribuem para as iniquidades sistêmicas em saúde para pessoas com deficiência e descreve as principais ações políticas e programáticas, juntamente com recomendações para reduzir essas iniquidades em saúde.

O relatório apela aos Estados-Membros da OMS para que tomem medidas para promover a equidade em saúde para as pessoas com deficiência. Também convida a sociedade civil, incluindo organizações de pessoas com deficiência e outros parceiros de saúde, a colaborar e defender a implementação das recomendações incluídas no relatório, para que as pessoas com deficiência possam alcançar o mais alto padrão de saúde atingível.

O objetivo geral do relatório é tornar a equidade em saúde para pessoas com deficiência uma prioridade de saúde global. Os objectivos específicos são os seguintes:

- chamar a atenção dos decisores do sector da saúde para as pessoas com deficiência para as pessoas com deficiência;
- documentar evidências sobre iniquidades em saúde e experiências de país sobre abordagens para promover a equidade em saúde a partir de uma lente de deficiência; e
- fazer recomendações baseadas em evidências que influenciem a ação em nível de país.

Processo de desenvolvimento

O *Relatório Global sobre Equidade em Saúde para Pessoas com Deficiência* foi elaborado por meio de um processo consultivo e baseado em evidências. Depois de determinar a estrutura do relatório, a OMS realizou uma série de revisões da literatura acadêmica para informar e moldar o conteúdo. Além disso, uma revisão mais ampla

da literatura cinzenta, relatórios de direitos humanos e documentos da sociedade civil foram realizados para garantir que o relatório fosse baseado e refletisse experiências da vida real que nem sempre são capturadas na literatura revisada por pares. Os protocolos relativos a estas revisões não foram publicados, mas os pormenores da metodologia a seguir indicada constam do anexo 1. Através de uma série de consultas regionais e globais, a OMS também se envolveu com os Estados-Membros, a sociedade civil, incluindo as pessoas com deficiência e as suas organizações representativas, o meio académico, os prestadores de serviços de saúde e os seus parceiros de desenvolvimento. Ao longo do processo, foram realizadas consultas entre a OMS e um grupo de peritos técnicos, um grupo da sociedade civil, entidades irmãs da ONU e unidades da OMS. Para mais informações sobre o processo de consulta, consultar o anexo 2.

As estimativas da prevalência de incapacidade foram feitas em colaboração com o Institute for Health Metrics and Evaluation. Foram também realizadas análises económicas para demonstrar a importância de promover um setor de saúde inclusivo para as pessoas com deficiência. Parceiros mentais governamentais e não governamentais em todo o mundo contribuíram com exemplos, histórias de casos e fotografias.

Referências

1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF. Genebra: Organização Mundial da Saúde ; 2001 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>, acessado em novembro de 2022).
2. [Nações Unidas. Representante](#) do Relator Especial para os Direitos das Pessoas com Deficiência. [Oficial do Alto Comissariado para os](#) Direitos do Homem. 2018.
3. [Departamento das Nações Unidas](#) para a Deficiência dos Assuntos Económicos e Sociais (DESA). Convenção [sobre os Direitos das Pessoas](#) com Deficiência (CDPD). (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>, acesso em novembro de 2022).
4. [Kuper H, Heydt P. O bilhão](#) que falta: o acesso a serviços de saúde para 1 bilhão de pessoas com deficiência. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2019 (<https://www.lshtm.ac.uk/TheMissingBillion>, acessado em novembro de 2022).
5. [Fehlings MG, Tetreault LA, Wilson JR, Kwon BK, Burns AS, Martin AR et al.](#) Uma [diretriz de prática clínica](#) para o manejo da lesão medular aguda: introdução, fundamentação e escopo. *Global Spine J.* 2017;7:84S–94S. doi: 10.1177/2192568217703387.
6. [Relatório mundial sobre o envelhecimento e a saúde.](#) Genebra: [Órgão Mundial da Saúde](#); 2015 ([https:// apps.who.int/iris/handle/10665/186463](https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463), acessado em 20 de novembro de 22)
7. [Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas.](#) [Deficiência e relatório de desenvolvimento](#) , 2018. [Realização dos objetivos de desenvolvimento sustentável por, para um](#) nd com pessoas com [deficiência](#). Nova Iorque: Nações Unidas; 2018 (<https://social.un.org/publications/ UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>, acessado em novembro de 2022).
8. [Plummer SB, Findley PA.](#) [Experiência de mulheres com deficiência com](#) abuso [físico](#) e sexual: [review](#) o f a literatura e implicações para o campo. *Trauma Violence Abuso.* 2012;13:15–29. DOI: 10.1177/1524838011426014.
9. [Fang Z, Cerna-Turoff I, Zhang C, Lu M, Lachman JM, Barlow J.](#) [Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis.](#) *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6:313–323.
10. [Seppälä P, Vornanen R, Toikko T.](#) [Multimorbilidade e polivitimização em](#) crianças – uma [análise](#) da associação das deficiências infantis e dos males de longa duração com a [violência mental](#) e a [violência física](#). *Negligência por Abuso Infantil.* 2021;122:105350.
11. [Report on ageism.](#) Genebra: [Organização Mundial](#) Health; 2021.
12. [Grammenos S.](#) [Deficiência, deficiência e inclusão social.](#) Dublin: [European](#) Foundation for the [Improvement of Living and Working Conditions](#); 2003 (https://sid-inico.usal.es/docs/F8/FDO6543/social_inclusion.pdf, acesso em novembro de 2022).
13. [Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C.](#) [Factores que afectam o acesso aos serviços](#) de cuidados de saúde primários [para pessoas](#) com deficiência nas zonas rurais: uma síntese do trabalho de [fram "mais adequada"](#). *Global Health Res Policy.* 2018;3:1–13.
14. [Constituição da Organização Mundial da Saúde.](#) [Organização Mundial da Saúde](#) em. Genebra 1946 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf, acessado em novembro de 2022).

0. Resolução 37/52 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 3 de Dezembro de 1982. Programa de acção mundial relativo às pessoas com deficiência. 1982 (<https://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/A-RES-37-52.htm>, acessado em novembro de 2022).
1. [Departamento de Assuntos Económicos e Sociais da ONU](#). Regras padrão sobre a igualdade de [oportunidades para pessoas com](#) deficiência: resolução / adotada pela Assembleia Geral. [Assembleia Geral das Nações Unidas 48.ª](#) sessão 1993-94; Em 1993.
2. [Ação global da OMS para a deficiência](#) lan 2014-2021: melhor saúde para todas as pessoas com deficiência. [Organização Mundial da Saúde](#): Geneva; Em 2015.
3. [Setenta e Quarta Assembleia Mundial da Saúde](#); WHA 74.8. O mais alto padrão atingível de [saúde para pessoas com deficiência](#). 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R8-en.pdf, acessado em novembro de 2022).
4. [Assembleia Geral das Nações Unidas 74.ª](#) sessão A/RES/74/2. A declaração política dareunião de alto nível [sobre](#) asobretaxa de mortalidade universal. Cobertura universal de saúde: movendo-se juntos para construir [um mundo mais saudável](#). 2019 (<https://undocs.org/en/A/RES/74/2>, acessado em novembro de 2022).
5. [Raub A, Iatz I, Sprague A, Stein MA, Heymann J](#). Direitos constitucionais das pessoas [com](#) [deficiências: uma análise](#) de 193 constituições nacionais. Harvard Human Direitos J. 2016;29:203–40 (<https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/hhrj29&id=207>, acessado em novembro de 2022).
6. [United Nations Department of Assuntos Económicos e Sociais](#). Estratégias e planos de ação para a deficiência [por país/área](#). 20 21(<https://www.un.org/desenvolvimento/desa/deficiencias/estrategias.html>, accessed November 20 22).
7. [Commonwealth of Australia](#). Estratégia de Deficiência de A ustralia's 2021–2031. Departamento [de Serviços Sociais](#); 2021 (<https://www.disabilitygateway.gov.au/sites/default/files/documents/2021-11/1786-australias-disability.pdf>, acesso em novembro de 2022).
8. [Nações Unidas. Comissões dos](#) Direitos das Pessoas com Deficiência 24ª Sessão [CRPD/C/EST/CO/1. Concluding](#) observações sobre o relatório inicial da Estónia. 2021.
9. [Nações Unidas. Comissões dos](#) Direitos das Pessoas com Deficiência: 25.ª sessão [CRPD/C/FRA/CO/1. Observações](#) conc [luding](#) sobre o relatório inicial da França. 2021.
10. [Soma Humanitária Mundial](#). Agenda para a Humanidade. 2016 (<https://agendaforhumanity.org/>, acessado November 2022).
11. [Gabinete das Nações Unidas para a Redução](#) dos Riscos disaster. Estrutura de Sendai para redução do risco de desastres [2015-2030](#). AskSource; 2015 (https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, acessado em novembro de 2022).



1. Equidade em saúde para pessoas com questões de deficiência

Falar sobre o estigma para combatê-lo



Quando o Dr. Ahmed Hankir experimentou pela primeira vez sofrimento psicológico como estudante de medicina no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, ele atrasou a procura de ajuda devido à vergonha e estigmatização associadas a ter uma condição de saúde mental.

A agravar a sua situação estava a estigmatização de ser um homem de cor, um muçulmano e um migrante – um "golpe triplo" que contribuiu para uma "crise de identidade" – e a tensão de sobreviver através de empregos mal remunerados e de uma guerra no país das suas raízes.

Ele sentiu a stigmatização da saúde mental mais agudamente dentro de sua própria profissão. Ele foi "ridicularizado" por colegas estudantes de medicina e ostracizado por seus companheiros mais próximos. Quando procurou ajuda do responsável pelo apoio estudantil, foi "torturado psicologicamente".

"O estigma é desenfreado na profissão médica. A menos que abordemos isso, ele continuará", disse ele. "É preciso força para aceitar que você pode ser uma fonte de estigma. Há ignorância e arrogância [de] provedores. O que precisamos é de humildade. Conheci médicos inspiracionais e humildes."

Como psiquiatra, ele se baseia em seu passado. "Minha experiência vivida é meu superpoder. Isso me torna mais perspicaz e posso mobilizar empatia."

Hoje, Hankir é conhecido por sua apresentação "Wounded Healer", que visa desmascarar mitos sobre doenças mentais através da mistura de artes cênicas e psiquiatria. Ele ganhou muitos prêmios por isso, incluindo o Prêmio Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde para a Saúde Global em 2022.

"Falar sobre o estigma desafia isso. Tento engajar e educar o público", explicou. Mais de 100 000 pessoas em 20 países ouviram-no falar.

Ele continua a enfrentar a negatividade de alguns psiquiatras; alguns são "suspeitos" de seu sucesso. "Eles acham que eu não posso funcionar. Fui miserável por muitos anos. Mas agora não estou apenas sobrevivendo, estou prosperando", riu.

Visão geral

A partir de 2021, estima-se que 1,3 bilhão de pessoas – ou 16% da população global – experimentem incapacidade significativa. Este número está a crescer impulsionado pelo aumento do número de pessoas com doenças não transmissíveis, que também estão a viver mais tempo e a envelhecer com limitações de funcionamento.

Muitas das diferenças nos resultados de saúde entre pessoas com deficiência e sem deficiência não podem ser explicadas pela condição de saúde subjacente ou deficiência e estão associadas a fatores injustos ou injustos evitáveis. Esses fatores são chamados de "desigualdades de saúde".

- É uma obrigação do Estado, através do seu setor de saúde em coordenação com outros setores, abordar as desigualdades de saúde existentes para que as pessoas com deficiência possam desfrutar do seu direito inerente ao mais alto padrão de saúde atingível. A obrigação é uma lei internacional dos direitos humanos.
- Abordar as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência promoverá a realização das prioridades globais de saúde.
 - A equidade em saúde é inerente à prossecução da UHC.
 - Os países podem progredir muito na melhoria da saúde e do bem-estar da sua população através de intervenções intersectoriais de saúde pública inclusivas e proporcionadas de forma equitativa.
 - O avanço da equidade em saúde para pessoas com deficiência é um componente central de todos os esforços para proteger as populações em emergências de saúde.
- Abordar as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência beneficia a todos. Idosos, pessoas com doenças não transmissíveis, migrantes e refugiados, ou populações frequentemente não alcançadas, como as de os contextos socioeconómicos mais baixos podem beneficiar de abordagens inclusivas em matéria de deficiência que visem as barreiras persistentes à inclusão no sector da saúde.
- O avanço da equidade em saúde para as pessoas com deficiência contribui para a sua participação mais ampla na sociedade.
- Investir na equidade no domínio da saúde das pessoas com deficiência significa investir na Saúde para Todos, o que, embora provavelmente exija investimentos adicionais para garantir um acesso equitativo às pessoas com deficiência, ainda traz elevados dividendos económicos e sociais. Por exemplo, poderia haver quase US\$ 10 de retorno por US\$ 1 gasto na implementação da prevenção inclusiva de deficiências e cuidados para doenças não transmissíveis. Outras intervenções em toda a população, como planeamento familiar e vacinação, também permanecem altamente económicas quando fornecidas de maneira inclusiva para incapacidades, apesar do custo adicional necessário.

1.1 Pessoas com deficiência e suas experiência de iniquidade em saúde



De todas as formas de desigualdade, a injustiça nos cuidados de saúde é a mais chocante e desumana".

Dr. Martin Luther King, Jr

Existe uma ampla gama de diferenças nos resultados de saúde entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência. Essas diferenças podem ser observadas em três indicadores-chave de saúde: mortalidade, morbidade e funcionamento.⁵ Por exemplo, as pessoas com deficiência intelectual morrem em uma idade mais jovem do que a população em geral – em pessoas com síndrome de Down, 20 anos mais jovens, em média (1). Em comparação com aqueles sem deficiência, as pessoas com deficiência também têm taxas mais altas de limitações no funcionamento e condições crônicas de saúde, como diabetes, asma, artrite, doença cardíaca, doença dentária, osteoporose ou acidente vascular cerebral (2, 3).

Algumas das diferenças nos resultados de saúde são referidas como desigualdades, porque podem ser explicadas, em certa medida, pela condição de saúde subjacente ou deficiência. Por exemplo, em comparação com a população em geral, as pessoas com lesão cerebral traumática têm um risco duas vezes maior de mortalidade; quanto mais grave a lesão, maior a probabilidade de morte precoce (4). Evidências mostram que os indivíduos com síndrome de Down são mais propensos a desenvolver demência de início mais precoce do que a população em geral e que a demência é a principal causa de morte neste grupo de pessoas. Um estudo realizado em um ambiente comunitário na Inglaterra mostrou que, entre 211 adultos com mais de 36 anos com síndrome de Down, 70% das mortes são causadas por demência, e as taxas de mortalidade são cinco vezes maiores em adultos com síndrome de Down que têm demência em comparação com aqueles sem demência. Em comparação, na população em geral, as taxas de mortalidade são ligeiramente menos de duas vezes maiores naqueles com demência do que naqueles sem (5). Em comparação com os adultos mais jovens com deficiência, os idosos com deficiência têm mais limitações de funcionamento e comorbidades que, em certa medida, podem ser associadas ao processo de envelhecimento (6).

⁵ "Mortalidade" é outro termo para morte e é usado para indicar o número de mortes devido a uma doença ou uma condição de saúde entre um determinado grupo de pessoas durante um determinado período de tempo.

"Morbidade" refere-se a ter uma doença ou um sintoma de doença. "Funcionamento" é um conceito multidimensional, relacionado com as funções e estruturas do corpo de uma pessoa (funcionamento ao nível do corpo); as atividades de uma pessoa (funcionando no nível do indivíduo); a participação ou o envolvimento de uma pessoa em áreas da vida (funcionamento de uma pessoa como membro da sociedade); e os factores ambientais que afectam o nível de funcionamento, uma vez que podem ser facilitadores ou barreiras.

Uma proporção significativa das diferenças nos desfechos de saúde entre as pessoas com e sem deficiência estão associadas a fatores injustos ou injustos que são evitáveis e não podem ser explicados pela condição de saúde subjacente ou deficiência. Estas diferenças são designadas por iniquidades em saúde e são o foco do presente relatório (Caixa 1). A existência e a persistência das iniquidades em saúde suscitam preocupações morais e, do ponto de vista dos direitos humanos, devem ser vistas como censuráveis, uma vez que impedem as pessoas com deficiência de exercerem o seu direito inerente ao mais elevado nível de saúde possível. Em termos de direito internacional e de instrumentos jurídicos nacionais, podem também representar atos ilícitos.

Distinguir entre iniquidades em saúde e desigualdades em saúde pode, por vezes, ser difícil devido à falta de dados e de investigação sistemática sobre estes temas. Exemplos de iniquidades em saúde demonstram que sua existência é generalizada e inaceitável (como exposto no Capítulo 2); com desigualdades em saúde, mesmo quando as diferenças podem ser explicadas pela condição de saúde subjacente ou deficiência, isso não significa que elas sejam aceitáveis ou que nada possa ser feito. Como exemplo, os avanços nos cuidados de saúde e melhorias na saúde geral dos indivíduos com síndrome de Down levaram a um aumento dramático na expectativa de vida das pessoas com essa condição. A expectativa de vida para pessoas com síndrome de Down era de apenas 10 anos há várias décadas, sendo os defeitos congênitos de arteresponsáveis pela maioria das mortes no primeiro ano de vida. Agora, para as crianças com a condição que nasceram em 2010, a expectativa de vida média é estimada em 65 anos (7). Essa vida útil mais longa, no entanto, traz um aumento considerável no risco de demência; portanto, pesquisas precisam ser conduzidas e intervenções de saúde fornecidas para fechar a lacuna em termos de retardar o início da demência em pessoas com síndrome de Down.

Caixa 1

Iniquidades em

As iniquidades em saúde são diferenças nos resultados de saúde que são evitáveis e injustas. Em geral, a equidade em saúde é a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente, ou por outras dimensões da desigualdade (por exemplo, idade, sexo, gênero, etnia, deficiência ou orientação sexual). Com a equidade em saúde, cada indivíduo tem uma oportunidade justa de realizar todo o seu potencial de saúde sem ser prejudicado em alcançá-lo.

Uma variedade de iniquidades de saúde leva a que as pessoas com deficiência morram prematuramente. Por exemplo, as pessoas com deficiência visual têm um risco maior de morrer prematuramente em comparação com aquelas que têm deficiência visual leve ou inexistente (8); além disso, a privação socioeconômica e o acesso precário aos cuidados de saúde são fatores de risco bem documentados para deficiência visual e mortalidade, entre outros desfechos (9). Observa-se uma discrepância de seis vezes nas mortes passíveis de cuidados de saúde de qualidade entre as pessoas com deficiência intelectual e a população em geral (10). Os factores que contribuem para a maternidade prematuraincluem problemas no planeamento de cuidados avançados, alojamento inadequado ou adaptação dos cuidados à medida que as necessidades mudam (11). As taxas mais elevadas de mortalidade aumentaram mais acentuadamente durante a pandemia de COVID-19, durante a qual as pessoas com deficiências intelectuaistinhão oito vezes mais probabilidades de morrer da doença do que aquelas sem deficiência intelectual (12). Eles também foram menos propensos a receber apoio de cuidados intensivos, sugerindo que a qualidade dos cuidados de saúde pode ser um fator que contribui para a maior letalidade (13). Uma lacuna de mortalidade de 20 anos para homens e 15 anos para mulheres foi experimentada por pessoas com deficiências psicossociais em países de alta renda, devido a uma combinação de fatores de risco de estilo de vida, determinantes sociais e cuidados de saúde mais pobres (14, 15).

Em termos de iniquidades que levam a uma saúde mais precária, as pessoas com deficiência têm taxas mais elevadas de aquisição de novas condições de saúde ou aumento da morbidade, que são frequentemente impulsionadas pela redução do acesso aos cuidados de saúde, incluindo os serviços de reabilitação (16, 17). Tais condições podem incluir tuberculose, diabetes, acidente vascular cerebral, infecções sexualmente transmissíveis ou problemas cardiovasculares (16, 18-22). Ter múltiplas deficiências aumenta o risco de uma alta prevalência de deficiência visual entre pessoas com deficiências (23). Além disso, as pessoas com deficiência têm um risco aumentado de má saúde bucal e desenvolvimento de condições de saúde mental, como depressão ou ansiedade (16, 19, 21, 24-27).

As diferenças no funcionamento quotidiano também podem ser atribuídas a condições injustas, como os obstáculos à vida económica, aos transportes, às atividades de lazer, ao contacto social, à acessibilidade e à participação no emprego (28). O Inquérito Modelo de Deficiência da OMS revelou o impacto do ambiente circundante nos níveis de funcionamento das pessoas com deficiência. No Camboja, por exemplo, factores como o transporte inacessível, os aspectos entravados dos locais onde as pessoas com deficiência podem participar em actividades comunitárias, a falta de apoio social e de produtos de assistência são prejudiciais ao funcionamento (29). Nos Camarões, os ambientes físicos inacessíveis, especialmente no interior da casa de uma pessoa (por exemplo, a casa de banho ou a própria habitação), bem como as tendências negativas e as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, podem aumentar as limitações de funcionamento em muito maior medida do que para as pessoas sem deficiência (30).

A promoção da equidade em matéria de saúde para as pessoas com deficiência pode ser alcançada através da abordagem dos factores que contribuem para as iniquidades em matéria de saúde que prejudicam as pessoas com deficiência. Esses fatores incluem: i) quaisquer condições estruturais relacionadas ao contexto social, econômico ou político, incluindo estigmatização e discriminação contra pessoas com deficiência; ii) os determinantes sociais da saúde, como pobreza, educação, emprego, sexo ou idade; iii) uma série de fatores de risco relacionados a problemas de saúde que têm um impacto adverso sobre as pessoas com deficiência, como má alimentação, inatividade física (31), uso de produtos do tabaco (32), consumo de álcool, uso de drogas (24) e infecções sexualmente transmissíveis (22); e iv) o amplo conjunto de barreiras na sistema de saúde – proeminentemente a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e acessíveis, inclusive para a saúde sexual e reprodutiva.

As iniquidades em saúde e os fatores contribuintes que levam ao aumento da mortalidade, morbidade e limitações no funcionamento são detalhados no Capítulo 2.

1.2 Equidade em saúde para pessoas com deficiência é uma obrigação do Estado

É uma obrigação do Estado, através do setor da saúde e em coordenação com outros setores, abordar as iniquidades de saúde existentes para que as pessoas com deficiência possam desfrutar do seu direito inerente ao mais elevado nível de saúde atingível. As obrigações de abordar as iniquidades em saúde são criadas através de tratados internacionais de direitos humanos que são vinculativos para os governos dos Estados Unidos. Atores governamentais e não governamentais no setor de saúde também podem estar vinculados a políticas e legislações domésticas. Abordar as iniquidades em saúde implica assumir obrigações e deveres de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde de cada indivíduo. A obrigação de "respeitar" significa que os países devem abster-se de interferir ou restringir o gozo desse direito. A obrigação de "proteger" exige que os países defendam indivíduos e grupos contra violações dos direitos humanos.⁶ A obrigação de "cumprir" significa que o setor de saúde deve tomar medidas positivas para facilitar o gozo do direito humano básico para a saúde, adotando uma abordagem baseada em direitos humanos para a saúde e abordando as iniquidades de saúde existentes. As implicações práticas da adoção desta abordagem são elaboradas no capítulo 3.

Os países têm a obrigação, de acordo com o direito internacional dos direitos humanos, de garantir que seus quadros jurídicos e políticos não discriminem com base em

⁶ <https://www.un.org/en/about-us/udhr/foundation-of-international-human-rights-law>.

Deficiência. Desde 2007, esta obrigação foi reafirmada pela CDPD (ver **caixa 2**). Os artigos da CDPD abordam a não discriminação como uma questão transversal. Enquanto o artigo 2.º define a discriminação com base na deficiência de forma muito ampla, o artigo 3.º inclui a não discriminação e a igualdade de oportunidades como princípios gerais. O artigo 4.º exige que os Estados que sejam partes na CDPD revoguem qualquer legislação, regulamento, costumes e práticas que constituam discriminação contra pessoas com deficiência, incluindo a hospitalização coerciva e involuntária e o tratamento de pessoas com deficiência, sem a sua escolha e consentimento informado. O artigo 5.º apela aos Estados para que adotem quadros jurídicos anti-discriminação fortes que proíbam qualquer forma de discriminação com base na deficiência. Tal garantirá uma protecção jurídica equitativa e eficaz de uma novadiscriminação por todos os motivos a todas as pessoas com deficiência (33).

Caixa 2

Artigo 25 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)

O artigo 25 da CDPD estabelece que os Estados Partes devem reconhecer que as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do mais alto padrão de saúde atingível sem discriminação com base na deficiência. Os Estados Partes devem fornecer às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade, padrão de cuidados e programas de saúde gratuitos ou acessíveis que os fornecidos a outras pessoas, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, programas de saúde de base populacional e outros serviços de saúde. Proíbe igualmente a discriminação de pessoas com deficiência na prestação seguro saúde e de seguro de vida, sempre que tal seguro seja permitido pela legislação nacional.

Além disso, é obrigação de cada Estado agir de acordo com as múltiplas e cruzadas formas de discriminação enfrentadas pelas pessoas com deficiência. ACDPD reconhece a importância de tais formas de discriminação, particularmente em relação às mulheres, raparigas e rapazes com deficiência, uma vez que estes grupos estão em maior risco de discriminação e exclusão. Nas políticas e programas internos, os Estados que são partes da CPRD ou de outros tratados relevantes de direitos humanos são obrigados a abordar as diferentes iniquidades em saúde experimentadas pelos mais marginalizados entre as pessoas com deficiência, como mulheres, crianças, jovens, idosos, povos indígenas, pessoas com deficiências psicossociais, grupos de minorias sexuais ou pessoas com deficiência intelectual. Na realidade, no entanto, enquanto alguns países têm não-discriminação

incluída na sua legislação e constituições, a deficiência muitas vezes não é mencionada como base para a discriminação ou, quando incluída, só é considerada em áreas específicas, como a educação ou o emprego (34).



O setor saúde tem vários mecanismos disponíveis para enfrentar a iniquidade, incluindo a redução direta da exposição a fatores de risco e da vulnerabilidade a problemas de saúde; melhorar o acesso equitativo e não discriminatório aos serviços de saúde e à informação em saúde; ou promover ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais e ambientais mais amplos da saúde e melhorar o estado de saúde. Exemplos deste último incluem políticas de água e saneamento para uma melhor higiene, suplementos alimentares em colaboração com o setor alimentar e agrícola, iniciativas educacionais ou políticas de transporte para abordar as barreiras geográficas ao acesso aos serviços de saúde. Além disso, o sector da saúde pode desempenhar um papel fundamental na mediação das consequências da doença na vida das pessoas com deficiência. Por exemplo, a proteção contra riscos financeiros dentro dos planos dos países para cobertura universal de saúde (UHC) pode apoiar as pessoas com deficiência do empobrecimento ou gastos catastróficos com saúde.

A resolução WHA74.8 (35) da World Health reitera a necessidade de os governos se comprometerem a garantir a equidade em saúde para as pessoas com deficiência. A resolução alinha-se com quadros internacionais mais amplos em matéria de saúde. Estes

incluir a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, ao abrigo da qual os Estados-Membros têm a obrigação, ao abrigo do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3), de garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar de todos em todas as idades; e a Declaração Política das Nações Unidas sobre a Cobertura Universal de Saúde (36), Que compromete os países a garantir que todas as pessoas possam ter acesso aos serviços essenciais de saúde de que necessitam sem dificuldades financeiras (ODS 3.8).

1.3 Uma grande proporção da população tem Deficiência

Caixa

Estimativas de prevalência

Para estimar a prevalência mais recente de deficiência, a OMS aplicou uma abordagem semelhante ao Relatório Mundial sobre Deficiência de 2011. Isso foi feito por coerência. O relatório de 2011 baseou-se em uma combinação de métodos, usando dados da Pesquisa Mundial de Saúde da OMS de 2002-2004 e do estudo Global Burden of Disease (GBD) de 2004. Na ausência de dados comparáveis atualizados da Pesquisa Mundial de Saúde da OMS, a OMS usou exclusivamente os dados de 2021 do GBD para o relatório atual.

Vários fatores, no entanto, impedem as comparações diretas entre as estimativas de prevalência do relatório anterior e deste relatório. Isso ocorre porque o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), a organização por trás dos dados do GBD, atualizou vários detalhes na metodologia ao longo dos anos (para mais detalhes, consulte o Anexo 3). Além disso, o IHME atualiza anualmente todos os dados do estudo GBD com base em novas evidências epidemiológicas de todo o mundo. Isso não apenas garante estimativas de prevalência mais precisas para condições de saúde, mas também a possibilidade de considerar dados sobre novas condições ou deficiências para as quais faltaram informações no passado. As estimativas de prevalência são atualizadas retrospectivamente para todos os anos anteriores até 1990. Isto significa, por exemplo, que quando os estimates de 2021 são publicados, as estimativas para cada condição de saúde e comprometimento para cada ano desde 1990 também são atualizadas e publicadas. Usando as novas estimativas publicadas a cada ano, é possível observar tendências ao longo do tempo com mais valid e dados robustos.

Para explorar as tendências temporais, assim, não comparamos as estimativas apresentadas no Relatório Mundial sobre Deficiência de 2011 da OMS e do Banco Mundial, mas as estimativas do estudo GBD produzido pelo IHME em 2021 para os anos de 2010 e 2021.

As condições de saúde subjacentes e as deficiências incluídas nas estimativas são aquelas que normalmente duram mais de 6 meses e estão associadas a níveis significativos (moderados ou graves) de incapacidade. Todos os dados são desagregados por idade e sexo. Não há dupla contagem de pessoas que têm mais de uma condição de saúde subjacente ou deficiência, uma vez que foi feito um ajuste para comorbidade que considera o aumento da probabilidade de ter certos pares de condições. Os pormenores completos sobre a metodologia podem ser consultados no anexo 3.

As estimativas aqui apresentadas baseiam-se em condições de saúde subjacentes e comprometimentos associados a níveis significativos (moderados e graves) de incapacidade, sem considerar o impacto do ambiente circundante. Este também foi o caso das estimativas apresentadas no Relatório Mundial sobre Deficiência 2011. Isso é justificável, uma vez que há poucos dados sobre deficiência que medem o efeito de diferentes fatores ambientais. Mesmo que o Modelo de Pesquisa de Deficiência da OMS, que considera o impacto do meio ambiente, tenha sido realizado em 15 países e existam outros poucos estudos que façam o mesmo usando ferramentas específicas de deficiência, esses dados não são suficientes para obter estimativas globais ou regionais. Reconhecemos as limitações desta abordagem. Como na maioria dos contextos o ambiente apresenta mais barreiras do que facilitadores, se o impacto do ambiente for considerado na estimativa da prevalência da deficiência, é provável que o número de pessoas com deficiência seja muito maior devido ao impacto ambiental.

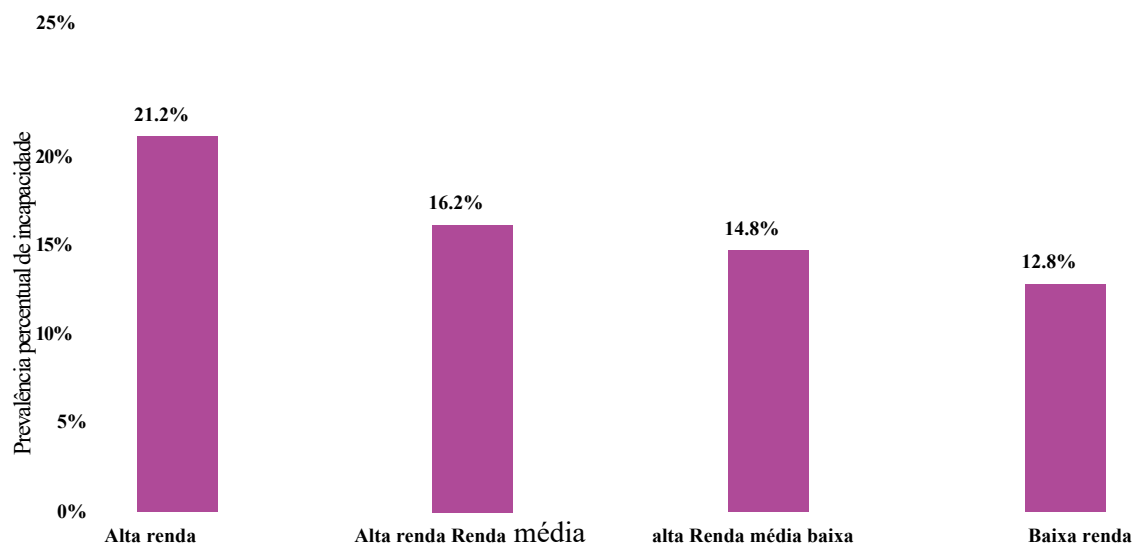
1.3.1 Estimativas de prevalência de incapacidade para 2021

A partir de 2021, estima-se que 1,3 bilhão de pessoas – 16% da população global – tenham deficiência significativa. Dessas pessoas, cerca de 142 milhões têm níveis graves de deficiência.

Quase 80% dos 1,3 bilhão de pessoas com deficiência vivem em países de baixa e média renda do mundo, em oposição a 20% em países de alta renda. No entanto, a prevalência de incapacidade é maior em países de alta renda (21,2%) e menor em países de baixa renda (12,8%) (**Figura 1**). Este

a diferença pode ser explicada por dois fatores. Por um lado, certas condições de saúde muito prevalentes, como condições musculoesqueléticas ou neurológicas, são mais prevalentes em países de alta renda do que em países de baixa renda. Por outro lado, o diagnóstico e a subnotificação em ambientes de baixa renda podem levar a uma subestimação do número de pessoas com deficiência em muitos países.

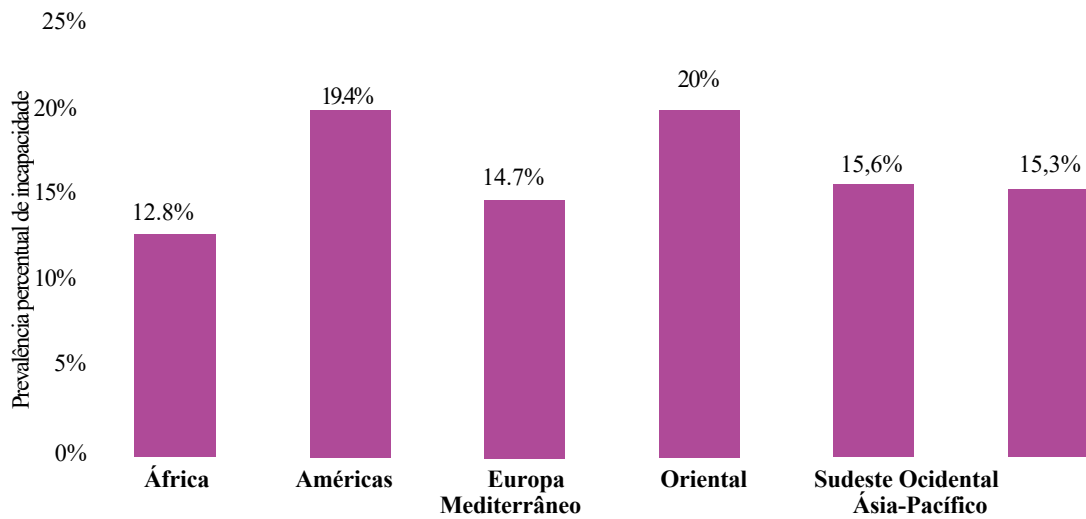
Figura 1. Prevalência de incapacidade por grupo de renda de países do Banco Mundial, 2021



Fonte: Dados sobre a carga global de doenças, 2021

A prevalência de incapacidade varia entre as regiões da OMS, com a Região Europeia a ter a mais elevada (20%), seguida pela Região das Américas (19,4%); a Região Africana tem a menor prevalência de incapacidade com 12,8% (Figura 2). Estes resultados estão em linha com os resultados por grupo de rendimento, com uma proporção substancial dos países da Região Europeia a situar-se na categoria de rendimentos elevados, enquanto na Região Africana – há mais países de rendimento baixo e médio.

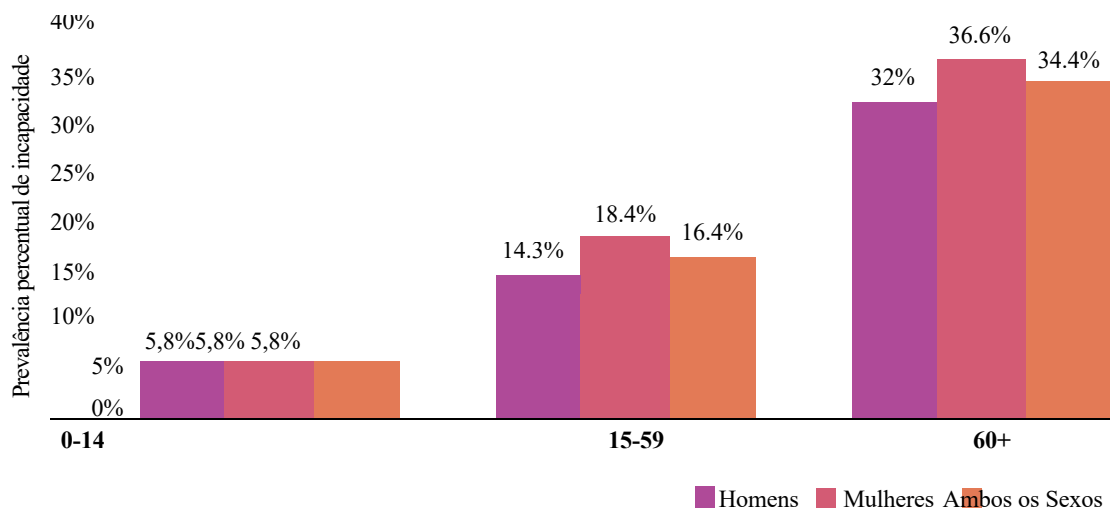
Figura 2. Prevalência de incapacidade, por região da OMS,



Fonte: Dados sobre a carga global de doenças, 2021

A prevalência global de incapacidade aumenta com a idade, passando de 5,8% em crianças e adolescentes de 0 a 14 anos para 34,4% entre idosos de >60 anos (Figura 3). Isso indica que 1 em cada 3 idosos é uma pessoa com deficiência. Em termos de diferenças por sexo, as mulheres têm maior prevalência de incapacidade em comparação com men. Estimativas mostram que 14,2% da população masculina tem incapacidade em comparação com 18% da população feminina.

Figura 3. Prevalência de incapacidade, por idade e sexo, 2021



Fonte: Dados sobre a carga global de doenças, 2021

1.3.2 Tendências temporais

Os dados mais recentes do GBD para 2010 mostram que, há uma década, aproximadamente 1 bilhão de pessoas tinham deficiência significativa. Isto significa que, em apenas 10 anos, registou-se um aumento a nível mundial de mais de 270 milhões de pessoas que agora têm deficiência (ver **Caixa 3** para mais informações sobre os dados utilizados para comparar as tendências temporais).

Este aumento deve-se às alterações demográficas e epidemiológicas da população. Por um lado, os números da população estão aumentando, com quase 1 bilhão de pessoas a mais vivem hoje do que em 2010. Além disso as populações estão a envelhecer, com um aumento de 40%, durante a última década, em pessoas com idades compreendidas entre os > e os 60 anos (37). Por outro lado, o número de pessoas com doenças não transmissíveis, que estão vivendo mais e envelhecendo com limitações de funcionamento está aumentando. Comparações entre 2021 e 2010 usando as últimas estimativas do GBD revelam um aumento significativo no número de pessoas com condições musculoesqueléticas, de saúde mental e neurológicas, bem como condições de órgãos sensoriais, como perda de audição e visão. Além disso, mais pessoas estão vivendo e envelhecendo com condições crônicas de saúde. Os dados do GBD 2021 utilizados para este estudo mostram que o número de pessoas com idades entre > e 60 anos com doenças não transmissíveis é significativamente maior em comparação com 2010. No anexo 3 são fornecidas mais informações sobre as alterações entre 2021 e 2010.

Juntamente com o aumento devido a mudanças demográficas e epidemiológicas, emergências de saúde, incluindo surtos de doenças infecciosas, desastres naturais e conflitos, podem resultar em muitas novas deficiências e um aumento na incapacidade na população afetada. Por exemplo, lesões traumáticas podem contribuir para uma maior prevalência de incapacidade em comunidades afetadas por conflitos (38, 39). De acordo com uma meta-análise recente, das pessoas que vivem em ambientes de conflito, 1 em cada 5 (22%) tem uma condição de saúde mental, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse agudo pós-traumático, transtorno bipolar ou esquizofrenia (40). Além disso, muitas pessoas estão passando por condições pós-COVID-19. Estudos iniciais demonstram que 1 em cada 5 pessoas terá uma nova deficiência quando avaliada seis meses após a hospitalização da COVID-19 (41). No entanto, as evidências sobre como a COVID-19 afeta a prevalência de incapacidade nas populações ainda estão evoluindo.

1.3.3 Como se relacionam as estimativas de prevalência com outros estudos?

Uma comparação direta entre as estimativas não é possível devido à natureza diversificada das ferramentas de coleta de dados para produzi-las. Por exemplo, alguns estudos usam um único item em seus censos ou pesquisas nacionais para identificar aqueles

com deficiência, por exemplo, "Você tem uma deficiência?" (42, 43). Outros utilizam instrumentos de avaliação das limitações de funcionamento que se referem a um conjunto de dificuldades que as pessoas experimentam na realização de atividades específicas, como caminhar, ver ou ouvir (44, 45). Embora comparações diretas não possam ser feitas, é possível fornecer uma visão geral de como as tendências apresentadas neste relatório se relacionam com dados de outras organizações e iniciativas.

A Divisão de Estatísticas das Nações Unidas mantém um repositório internacional de estatísticas de deficiência, que contém dados de deficiência de estatísticas oficiais compiladas a partir de censos nacionais de população e habitação, pesquisas domiciliares ou dados administrativos. Dados da última década mostram estimativas de prevalência que variam entre 1,5% na Guiné, com base no Censo de População e Habitação de 2014, a 32,5% na Suécia, derivadas dos Inquéritos sobre Condições de Vida 2014/2015 (46). Embora as estimativas por país variem de um país para outro, as tendências globais da prevalência da deficiência são contrárias às descritas no presente relatório. Por exemplo, a prevalência é maior entre as mulheres em comparação com os homens em quase todos os países, bem como em países de alta renda em comparação com ambientes de baixa renda.

Em uma publicação recente, o UNICEF informou que aproximadamente 1 em cada 10 crianças com idade entre 0 e 17 anos tem deficiência em todo o mundo (47). Esta estimativa foi derivada de uma harmonização dos dados dos Inquéritos por Agrupamento de Indicadores Múltiplos, Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS), do European Health Interview Survey (EHIS) e do European Survey on Income and Living Conditions (EUSILC). Uma tendência consistente com os dados apresentados neste relatório são as estimativas de prevalência semelhantes entre meninos e meninas. A UNICEF constatou que, na maioria dos países e áreas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na proporção de rapazes e raparigas com deficiência.

O Inquérito Modelo de Deficiência da OMS, que avalia as dificuldades de funcionamento que podem surgir devido à saúde de uma pessoa ou ao seu ambiente de vida, foi implementado em 15 países nos últimos 7 anos. A pesquisa permite obter a distribuição da incapacidade na população, relatando estimativas para incapacidade não, leve, moderada ou grave. As tendências encontradas nos países que implementaram o MDS são semelhantes às apresentadas neste relatório. Por exemplo, a prevalência é maior nas mulheres em relação aos homens, e aumenta com a idade, atingindo os maiores valores em indivíduos com idade entre > 60 anos (48).

A recente Iniciativa de Dados sobre Deficiência relatou a prevalência de incapacidade em 41 países, publicada de 2008 a 2019 (49). Os dados mostraram que a prevalência mediana de adultos com idade entre >15 anos que têm dificuldades de funcionamento foi

12.6%. Os autores reconhecem que os estudos contam com instrumentos com foco em dificuldades em domínios de funcionamento selecionados, que não captam todas as pessoas com deficiência, particularmente as pessoas com deficiência psicossocial. Tal como acontece com as estimativas da OMS, a Iniciativa de Dados de Deficiência relata estimativas mais altas de dificuldades de funcionamento em grupos etários mais velhos do que mais jovens, e entre as mulheres mais do que os homens.

1.4 Abordar a equidade em saúde para pessoas com deficiências irão avançar a conquista das prioridades globais de saúde



Acredito firmemente que a inclusão é um pré-requisito para o desenvolvimento sustentável."

Jonas Gahr Støre, Primeiro-Ministro, Noruega

As estimativas fornecidas neste relatório reforçam a escala, a relevância para a saúde pública e a importância política da deficiência. O número de pessoas com deficiência aumentou substancialmente na última década, e as contínuas mudanças demográficas e epidemiológicas sugerem que continuará a crescer. Isso traz urgência à necessidade de promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência, já que os países não podem cumprir suas prioridades globais de saúde se 1,3 bilhão de pessoas forem deixadas para trás.

Com base nas discussões em curso nas instâncias internacionais entre os chefes de Estado, os ministérios da saúde e a comunidade geral de políticas de saúde, incluindo investigadores, existe um acordo de que, para progredir para o ODS 3, os países devem concentrar-se em três prioridades fundamentais em matéria de saúde: i) alcançar o excesso de saúde universal; ii) promover populações mais saudáveis; e iii) atendimento a emergências de saúde.

Durante vários anos, essas três agendas de saúde têm sido um tópico de discussão em reuniões e eventos governamentais de alto nível. Nas reuniões ministeriais anuais do G20 sobre Saúde,⁷ os ministros discutiram repetidamente a cobertura universal de saúde, abordando a diversidade de determinantes da saúde para melhorar a saúde da população e as emergências de saúde, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19. Da mesma forma, os tópicos centrais para a Cúpula Mundial da Saúde de 2022 incluem investimentos em saúde e bem-estar, mudanças climáticas e

<https://g20.org/about-the-g20/>

saúde planetária, preparação para pandemias e resiliência e equidade dos sistemas de saúde.⁸

Além das instâncias internacionais, várias declarações e resoluções importantes de alto nível feitas durante as últimas décadas destacam a importância das três prioridades globais de saúde. Para a cobertura universal de saúde, a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários de 1978 e a Declaração de Astana de 2018 são documentos centrais e orientadores (50). Para melhorar a saúde da população através da abordagem dos determinantes da saúde, documentos importantes incluem a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986) (51); a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011) (52); a Declaração de Helsínquia sobre a Saúde em Todas as Políticas (2013) (53); e a Declaração de Xangai sobre a promoção da saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2016) (54). A importância de abordar emergências de saúde foi enfatizada no Regulamento Sanitário Internacional (2005) e no Quadro de Sendai para a Redução do Risco de Desastres (55).

A pandemia de COVID-19 enfatizou mais fortemente a necessidade de se concentrar nessas três prioridades de maneira consistente. Além das consequências em termos de doenças e mortalidade, a pandemia também impactou negativamente os sistemas de saúde dos países e a sociedade como um todo. O *Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2021* documenta como o progresso em direção às metas de saúde foi descarrilhado no contexto da COVID-19, com 90% dos países relatando interrupções contínuas nos serviços essenciais de saúde e uma exacerbação das desigualdades em saúde (56).

As três prioridades globais em matéria de saúde estão interligadas e devem ser abordadas de uma forma que se reforce mutuamente. Abordar a equidade em saúde para pessoas com deficiência oferece uma abordagem importante e unificadora em todas as três prioridades. A equidade em saúde pode ser promovida através da construção de um setor justo que ofereça oportunidades de saúde para TODOS os membros da sociedade, independentemente de sua idade, nível de renda, gênero, origem étnica ou quaisquer outras razões sociais ou econômicas. Isso inclui a prestação justa de serviços de saúde sem dificuldades financeiras (buscando a UHC); acesso justo a estratégias de promoção e prevenção da saúde para melhorar a saúde da população; e resposta justa a emergências de saúde que protejam a todos, incluindo pessoas com deficiência. Promover a equidade em saúde em três prioridades de saúde é um meio de alcançar o ODS3 e progredir em outros ODS relacionados. As seções a seguir exploram a relação entre a equidade em saúde para pessoas com deficiência e as prioridades globais de saúde.

⁸ <https://www.conference.worldhealthsummit.org>



1.4.1 Alcançar a cobertura universal de saúde

A equidade em saúde é inerente à prossecução da UHC. O *Relatório Mundial de Saúde* de 2008 definiu as reformas da UHC como "reformas que asseguram que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, a justiça social e o fim da exclusão, principalmente avançando para o acesso universal e a proteção social da saúde" (57). Ao garantir que as barreiras financeiras e os modelos de prestação de serviços não restrinjam o acesso aos serviços de saúde de que qualquer pessoa necessita, a UHC oferece uma oportunidade para que as iniquidades em saúde sejam abordadas (Quadro 4).

Cobertura universal de saúde

A cobertura universal de saúde (UHC) significa que todas as pessoas têm acesso aos serviços de saúde de que necessitam, quando e onde deles necessitam, sem dificuldades financeiras⁹. A UHC deve ser entendida de forma abrangente, pois leva em consideração não apenas a prestação de serviços de qualidade, mas também o fortalecimento de todo o sistema de saúde e a ação intersectorial. Em termos de serviços, a UHC inclui todo o espectro de serviços de saúde essenciais e de qualidade, desde a promoção da saúde até a prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida. Estes serviços respondem às necessidades das pessoas e incluem aqueles que são especializados e utilizados mais frequentemente por pessoas com deficiência. A qualidade é fundamental para todos os serviços (58). A prestação de serviços depende de vários fatores. As funções de financiamento dos sistemas de saúde são um componente central e incluem a arrecadação de receitas, o agrupamento de recursos e a aquisição de serviços, todos os quais são críticos para a realização da UHC. Mais detalhes sobre o financiamento no contexto da UHC são fornecidos no Capítulo 3.

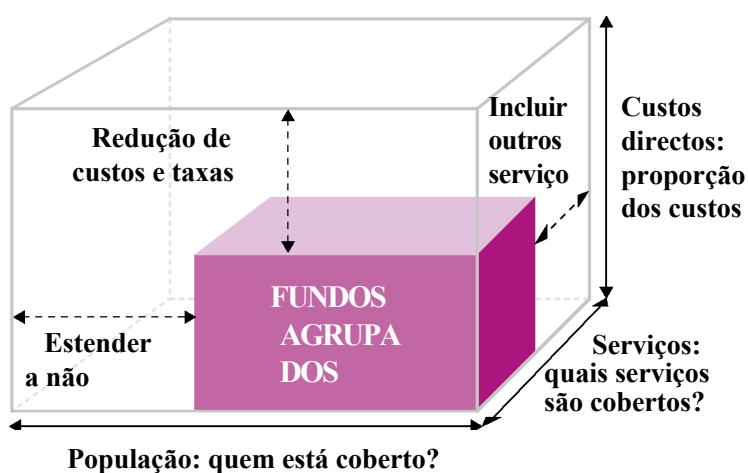
O meio para alcançar a UHC é o fortalecimento do sistema de saúde. Mais especificamente, o progresso da UHC depende da abordagem mais ampla do sistema de saúde da atenção primária à saúde (APS). Por exemplo, a prestação de serviços requer acessibilidade física e profissionais de saúde adequados e competentes, com uma combinação ideal de habilidades nos níveis da instalação e da comunidade, que sejam distribuídos e apoiados de forma equitativa. Os serviços, em geral, também incluem o fornecimento de informações de saúde relevantes, bem como o acesso universal a medicamentos, produtos e outros bens. A realização da UHC requer ação intersectorial (59) e precisa ser entendida como indo além do setor saúde, uma vez que algumas ações necessárias para melhorar o acesso aos serviços de saúde estão em outros setores. Por exemplo, embora a acessibilidade dos preços dos serviços de saúde seja a principal responsabilidade do sector da saúde, certas áreas que se encontram fora do sector da saúde podem ter um impacto na capacidade dos indivíduos para receberem serviços. Por exemplo, os custos de transporte, que dependem das políticas de outros setores, podem impedir que as pessoas cheguem às unidades de saúde.

Para promover a UHC, os países devem progredir em três dimensões, fazendo escolhas em relação à equidade: i) expandir os serviços prioritários, decidindo quais serviços focar

⁹ https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

em primeiro lugar; ii) incluir mais pessoas, decidindo quem incluir primeiro; e iii) eliminar os obstáculos a uma cobertura eficaz, como a redução dos pagamentos diretos (ver **Figura 1 (60)**). Embora as escolhas sejam claras, a implementação dessas escolhas requer um bom planejamento de longo prazo e estratégias claras que garantam a realização progressiva inclusiva e equitativa da UHC (61). Em termos de expansão de serviços, os pacotes de serviços podem ser priorizados, com base em critérios relevantes, como priorizar os mais desfavorecidos, os serviços mais econômicos ou aqueles que fornecem a maior proteção contra riscos financeiros – ou, na realidade, um equilíbrio entre esses e outros critérios. Os pacotes podem incluir serviços específicos para as deficiências subjacentes e as condições de saúde das pessoas com deficiência – como a reabilitação da visão ou o fornecimento de tecnologia de apoio – ou serviços gerais, como rastreio e exames regulares, ou serviços de saúde sexual e reprodutiva. Os serviços de saúde precisam ser expandidos o máximo possível nos níveis comunitários, uma vez que grande parte da população global ainda não tem acesso a serviços essenciais perto de onde vive (62). Em termos de financiamento, a obtenção equitativa de beneficiários de cuidados de saúde e a redução progressiva dos pagamentos diretos podem contribuir para expandir a cobertura de serviços de alta prioridade para todos, incluindo pessoas com deficiência, apoiados por fundos agrupados de fontes obrigatórias (alguma forma de tributação).

Figura 4: Cubo de Cobertura de Saúde Universal



A maioria dos países já está tomando medidas e fortalecendo os esforços para promover o acesso universal aos cuidados de saúde. No entanto, muitas vezes não são postas em prática ações inclusivas, o que deixa de fora as populações prioritárias que vivem em condições marginalizadas, comprometendo assim a realização da UHC. É importante, portanto, que as considerações sobre deficiência de todas as faixas etárias sejam trazidas à tona quando os compromissos da UHC estão sendo enquadrados em nível global, regional e nacional.

nível e em decisões políticas e técnicas subsequentes sobre o conteúdo dos pacotes de cuidados essenciais.

O progresso da UHC depende da abordagem mais ampla do sistema de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS como abordagem de fortalecimento do sistema de saúde envolve três componentes inter-relacionados e sinérgicos: i) serviços de saúde integrados, com ênfase na atenção primária e nas funções essenciais de saúde pública; ii) políticas e ações multissetoriais para abordar os determinantes e fatores de risco mais amplos para a saúde; e iii) envolver e capacitar indivíduos, famílias e comunidades para aumentar a participação social e melhorar o autocuidado e a autossuficiência em saúde (63). Estes três pilares são fundamentais para abordar os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde em geral, mas particularmente para as pessoas com deficiência. A abordagem da APS é explicada com mais detalhes no Capítulo 3.

1.4.2 Promover populações mais saudáveis

A promoção da saúde da população é uma prioridade global de saúde pública que requer políticas e ações multissetoriais para abordar efetivamente os determinantes e fatores de risco mais amplos para a saúde. O fortalecimento do sistema de saúde por meio da abordagem da APS é importante porque incentiva a ação multissetorial na realização de intervenções de saúde pública. Essas intervenções podem ser de toda a população, como a tributação do tabaco, a infraestrutura de água e saneamento ou serviços de nível pessoal, como a prestação de aconselhamento em saúde. As intervenções mais eficazes para combater os determinantes e os fatores de risco para a saúde são frequentemente lideradas e exigem o envolvimento de outros setores que não o setor da saúde. Por exemplo, a redução da exposição a riscos como dietas pouco saudáveis, uso de tabaco, consumo nocivo de álcool ou uso de drogas, atividade física insuficiente, violência e lesões, ou estradas inseguras, todos exigem uma abordagem multissetorial para influenciar as políticas públicas em desenvolvimento social, transporte, finanças, educação, entretenimento e lazer, agricultura e outros setores. Frequentemente, as ações de saúde pública exigem políticas, legislação ou medidas regulatórias de base populacional, incluindo medidas fiscais, bem como o envolvimento do governo com o setor privado.

A equidade em saúde está no centro desta prioridade de saúde pública; no entanto, a concepção, o planejamento e a implementação de intervenções multissetoriais de saúde pública ignoram frequentemente as pessoas com deficiência que, por conseguinte, não beneficiam em pé de igualdade com outras. Por exemplo, as informações de saúde pública muitas vezes não são fornecidas em formatos acessíveis, como Braille, Leitura Fácil (64), interpretação da língua gestual e legendagem; e a informação não é frequentemente adaptada às necessidades das pessoas com deficiência ou dos seus cuidadores (65). O físico

o meio ambiente também é uma barreira para muitas pessoas com deficiência. A falta de rampas, cobertura do solo adequadamente pavimentada, banheiros acessíveis, vestiários, instalações e equipamentos de ginástica podem criar barreiras à inclusão (66). Além disso, as ações dos próprios profissionais de saúde podem ser uma barreira: ao fazer suposições sobre a adequação do encaminhamento ou das recomendações, os trabalhadores podem bloquear o acesso das pessoas com deficiência a intervenções de saúde pública (67). Uma das principais razões para essas barreiras é que as responsabilidades pela saúde pública e inclusão de pessoas com deficiência muitas vezes não são esclarecidas dentro dos governos, com alguns lutando para definir de quem é o papel de fornecer intervenções inclusivas de saúde pública. Este é particularmente o caso quando se consideram intervenções intersetoriais de saúde pública, como saneamento e higiene da água (68-71).

Ao assumir o seu papel de gestão e garantir que as intervenções intersetoriais de saúde pública sejam inclusivas e prestadas de forma equitativa, o setor da saúde pode alcançar mais rapidamente melhorias na saúde e no bem-estar da população. A responsabilidade pelas políticas e ações de saúde pública muitas vezes abrange departamentos ou fica fora dos departamentos de saúde; com a deficiência, isso pode resultar em uma falta de coordenação interministerial e intersetorial. Portanto, a inclusão da deficiência precisa ser reconhecida e projetada como um componente necessário das iniciativas de saúde pública, para que a acessibilidade seja incorporada desde o início. A consulta das pessoas com deficiência é fundamental para alcançar este objectivo. O setor de saúde, como um administrador para a ação intersetorial, coordena processos, o que garante três coisas: primeiro, que um alinhamento adequado em todas as etapas de implementação de uma intervenção de saúde pública seja estabelecido; segundo, que o conhecimento, a experiência, o alcance e os recursos possam ser alavancados de outros setores e parceiros e, assim, se beneficiar de seus pontos fortes combinados e variados; e terceiro, que a equidade em saúde é a força motriz para alcançar progressos na melhoria da saúde da população. As ações recomendadas para promover a equidade em saúde em intervenções de saúde setoriais de saúde são fornecidas no Capítulo 3.

1.4.3 Resposta às emergências sanitárias



Ainda somos invisíveis. Mas a pandemia nos tornou mais invisíveis." (72)

Ana, uma mulher de 57 anos com deficiência no Panamá durante a COVID-

Nenhum país estava totalmente preparado para uma pandemia do escopo e escala da COVID-19 (73). Como resultado, abordar as emergências tornou-se ainda mais proeminente como uma prioridade de saúde global e a equidade em saúde mais central para tais emergências. Em relação às pessoas com deficiência, particularmente mulheres e meninas, as evidências mostram que, durante a pandemia, elas foram, e continuam a ser, diretamente afetadas e desproporcionalmente desfavorecidas devido ao aumento do risco de infecção, morbidade e mortalidade. Há evidências de que as taxas de infecção por COVID-19 são 4-5 vezes maiores entre as pessoas com deficiência que atualmente vivem em instalações residenciais ou de cuidados de longa duração em comparação com a população em geral (74), o que muitas vezes se deve à incapacidade de fornecer serviços básicos ou garantir que medidas de prevenção sejam implementadas.

Pessoas com deficiência intelectual têm 4 a 5 vezes mais chances de serem internadas no hospital e até 8 vezes mais chances de morrer de COVID-19 do que aquelas sem deficiência intelectual (75). O impacto desproporcionado nas pessoas com deficiência estende-se a uma série de emergências de saúde. Por exemplo, as crianças com deficiência estão frequentemente mais em risco de resultados negativos para a saúde em emergências relacionadas à segurança alimentar, com evidências de que elas têm de 1,5 a 2,7 vezes mais chances de estar abaixo do peso para a idade, raquíticas e têm baixo índice de massa corporal para a idade quando comparadas aos controles de vizinhos ou familiares (76).





As pessoas com deficiência também são afetadas indiretamente em emergências, devido ao impacto das medidas de resposta a emergências de saúde pública. Olhando mais de perto para as evidências substanciais relacionadas a surtos de doenças infecciosas, como a COVID-19, as pessoas com deficiência correm o risco de condições de saúde novas ou piores. Lockdowns, distanciamento físico obrigatório, fechamento de escolas, interrupções nos serviços de saúde e priorização dos serviços de saúde dificultaram o acesso a consultas regulares de saúde, medicação, apoio psicossocial, reabilitação, incluindo fornecimento de tecnologia assistiva, bem como assistente pessoal e serviços de apoio domiciliares e escolares. Todos esses fatores são críticos para a independência e autonomia de uma pessoa (77, 78) e aumentam a pressão sobre as famílias e os mecanismos informais de cuidado (79). O isolamento devido ao distanciamento físico e às restrições de movimento exacerbou o risco de violência contra pessoas com deficiência, especialmente mulheres, idosos e pessoas transgênero e não binárias com deficiência (80-83). As pessoas surdas ou com deficiência auditiva também enfrentaram desafios com uma comunicação durante a pandemia de COVID-19 devido a medidas preventivas, como o uso de máscaras faciais e o distanciamento físico (84). Além disso, as pessoas com deficiência enfrentam agora maiores impactos econômicos (por exemplo, devido à perda de emprego e à redução do rendimento familiar) em comparação com as pessoas sem deficiência, contribuindo para taxas mais elevadas de pobreza (85-88).

O avanço da equidade em saúde para pessoas com deficiência é fundamental para todos os esforços para proteger as populações em emergências de saúde. Há um reconhecimento generalizado de que o fortalecimento dos sistemas de saúde e a abordagem dos determinantes sociais da saúde são fundamentais para respostas de emergência de saúde eficazes, sustentáveis e equitativas. O reforço dos sistemas de saúde e a preparação para situações de emergência foram descritos como «duas faces da mesma moeda»: sistemas de saúde funcionais e eficazes permitem uma melhor preparação e resposta a emergências de saúde (89). O *Quadro de Gestão de Emergências e Riscos de Catástrofes em Saúde* da OMS destaca a forma como a cobertura essencial dos serviços de saúde e as intervenções de saúde pública melhoram o estado geral de saúde das populações afetadas, contribuindo para a prevenção de surtos, mitigando os riscos e construindo a resiliência da comunidade a tais perigos (90). Como os determinantes sociais da saúde e do envolvimento da comunidade ainda estão em grande parte ausentes de estruturas mais amplas de emergência de saúde, há apelos para uma "Agenda Global de Segurança – Cobertura Universal de Saúde unificada [que] deve ser construída com equidade interseccional no centro" (91). O Capítulo 3 elabora ações direcionadas que podem ser integradas à abordagem da APS para garantir a inclusão da deficiência nas emergências de saúde (92).

1.5 Abordar as iniquidades em saúde das pessoas com deficiência beneficia a todos



Alcançar a saúde e o bem-estar para todos deve incluir a abordagem das barreiras que impedem as pessoas com deficiência de acessar os serviços de saúde de que precisam. A remoção dessas barreiras beneficia a todos, especialmente populações vulneráveis, idosos, pessoas com limitações temporárias ou aqueles que vivem com condições crônicas".

Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS

A fim de alcançar bons resultados de saúde para as pessoas com deficiência, é essencial abordar as iniquidades de saúde que experimentam. Agir sobre as iniquidades em saúde beneficia a todos simultaneamente, contribuindo para a universalidade, a centralização nas pessoas e a não discriminação nos serviços de saúde e na promoção da saúde pública, permitindo assim que os serviços de saúde se tornem mais eficazes e responsivos. As pessoas idosas, as pessoas com doenças não transmissíveis, os migrantes e refugiados e as populações frequentemente não alcançadas, como as de meios socioeconômicos inferiores, ou as pessoas com competências de literacia limitadas, enfrentam frequentemente barreiras semelhantes. Por exemplo, ambientes físicos inacessíveis, estigmatização por profissionais de saúde e comunidade

membros, informações de saúde que não estão em um formato compreensível e barreiras financeiras ao acesso aos serviços de saúde podem discriminar vários grupos de usuários de serviços de saúde. Todos esses grupos podem se beneficiar de abordagens que visam as barreiras persistentes à inclusão de pessoas com deficiência no setor de saúde.

As pessoas idosas apresentam um bom exemplo de uma população que beneficiará de ações inclusivas para a deficiência. Apesar da previsibilidade e do ritmo acelerado do envelhecimento das populações, actualmente, muitos idosos experimentam desigualdades de saúde semelhantes às das pessoas com deficiência. Isso também ocorre porque uma grande percentagem da população de pessoas com deficiência tem mais de 60 anos de idade. As pessoas idosas deparam-se frequentemente com barreiras no acesso aos recursos básicos necessários para viver uma vida com sentido e dignidade, incluindo barreiras quotidianas que as impedem de experimentar uma boa saúde e bem-estar e de participar plenamente na sociedade (93). Estas dificuldades são exacerbadas para as pessoas em situações de emergência, onde os recursos são mais limitados e as barreiras mais elevadas (94). Além disso, os idosos estão frequentemente sujeitos a um preconceito de idade institucional ou interpessoal através dos estereótipos, preconceitos e discriminações que lhes são dirigidos com base na sua idade. Isso muitas vezes se cruza com a discriminação e a estigmatização associadas à deficiência experimentada pelas pessoas idosas. Para as pessoas mais velhas, o envelhecimento está associado a uma vida útil mais curta, pior saúde física e mental, declínio cognitivo, aumento do isolamento social e solidão e aumento do risco de violência e abuso (95).

Globalmente, espera-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais dobre até 2050; esta mudança demográfica sem precedentes exige uma resposta radical da sociedade e do sector da saúde. Quatro ações principais identificadas através da *Estratégia Global e do Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde, 10* e da Década das Nações Unidas do Envelhecimento Saudável 2021-2030 incluem o combate ao preconceito de idade; a prestação de cuidados integrados centrados na pessoa e cuidados de longa duração; a prestação de serviços baseados na comunidade para as pessoas que deles necessitam; e a criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento. Para essas ações, há quatro facilitadores: i) ouvir vozes diversas e permitir o engajamento significativo das pessoas mais velhas; ii) fomentar a liderança e desenvolver a capacidade de tomar as medidas adequadas integradas em todos os setores; iii) conectar várias partes interessadas em todo o mundo para partilhar e aprender com as experiências de outros; e iv) fortalecer dados, pesquisa e inovação para acelerar a implementação (94). Os esforços no sentido da inclusão da deficiência no sector da saúde contribuirão para o avanço de todas as acções acima referidas por duas razões. Primeiro, comumente experimentado as iniquidades em saúde podem ser abordadas por meio de ações inclusivas; e segundo,

¹⁰ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>.

uma vez que uma proporção substancial de idosos tem deficiências, as ações em matéria de deficiência que respondam às suas necessidades podem ser definidas como boas práticas para o envelhecimento da população em geral.

Abordar a equidade em saúde para pessoas com deficiência pode beneficiar as pessoas que vivem com doenças não transmissíveis (DNT), doenças transmissíveis ou lesões de curto prazo (96). NCDs estão aumentando em magnitude globalmente por causa do envelhecimento da população e uma mudança epidemiológica para condições crônicas. As pessoas com deficiência são mais vulneráveis às DNT, muitas vezes devido à exclusão dos serviços de cuidados de saúde ou de outros fatores injustos e, como mostrado na seção 1.3, a condição de saúde subjacente a uma deficiência é frequentemente uma DNT. Além disso, as pessoas que vivem com DNT podem desenvolver deficiências secundárias, o que pode causar restrições na atividade e na participação quando fatores pessoais e ambientais de apoio não estão em vigor (96). Estratégias e ações inclusivas também beneficiam pessoas com doenças transmissíveis, como malária, tuberculose ou doenças tropicais negligenciadas, e aquelas com lesões de curta duração devido a acidentes ou outras causas, ou com mobilidade reduzida de procedimentos cirúrgicos. Pessoas com essas condições muitas vezes podem experimentar limitações em seu funcionamento quando fatores ambientais facilitadores não estão disponíveis.



Defendemos o envolvimento significativo das pessoas que vivem com DNTs ... para que sua experiência vivida seja ouvida. Eu tive que lutar para ter acesso a cuidados de saúde e levei nove anos para ser diagnosticado. Quando falo com profissionais de saúde e pessoas do governo, eles entendem que há muito trabalho a ser feito. Se eu não fizer isso, quem sabe o que vai acontecer com a próxima pessoa como eu."

Christopher Agbega, defensor da deficiência para a Aliança de DNT de Gana

O avanço da inclusão da deficiência também pode beneficiar migrantes, refugiados, pessoas deslocadas internamente e requerentes de asilo no contexto de conflitos ou desastres naturais. Essas populações muitas vezes experimentam barreiras semelhantes às enfrentadas por pessoas com deficiência. O deslocamento forçado muitas vezes exacerbou o risco de violência, incluindo abuso sexual e doméstico, exploração por membros da família, discriminação e exclusão dos serviços de saúde. Em contextos de deslocamento forçado, as pessoas com deficiência são mais propensas a serem deixadas para trás em todos os aspectos da assistência humanitária devido a uma série de barreiras ambientais que impedem o acesso a cuidados de saúde, informação e proteção dos direitos humanos (97). As pessoas com deficiência são muitas vezes subidentificadas na recepção, o que afeta negativamente o seu acesso à proteção e assistência. Portanto, estabelecer uma agenda inclusiva para a deficiência no setor de saúde, que inclui

A gestão de emergências de saúde tem múltiplos efeitos que não só podem beneficiar as populações de migrantes e refugiados e reduzir as desigualdades de saúde que enfrentam, mas também apoiar os avanços na igualdade de gênero.



Evidências mostram que a desigualdade de gênero contribui para piores resultados de saúde para mulheres e meninas com deficiência; globalmente, elas permanecem em desvantagem em comparação com os homens com deficiência nos determinantes sociais da saúde, como emprego, educação e risco de violência. (98). Além disso, mulheres e meninas assumem desproporcionalmente papéis de cuidador de pessoas com deficiência. (99–102), que tem sido associada à perda de oportunidades (103, 104), preocupações com a saúde mental (100, 105–107) e, em algumas situações, um risco aumentado de violência para esses grupos (104, 108). Abordar os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde para as pessoas com deficiência facilitará, portanto, os avanços na igualdade de gênero – não apenas entre as pessoas com deficiência, mas também dentro de sua rede de apoio mais ampla. O oposto também é verdadeiro: um foco firme em garantir abordagens sensíveis ao gênero e equitativas de gênero ao atender às necessidades das pessoas com deficiência contribui para reduzir as iniquidades de saúde que elas e suas famílias experimentam. Por exemplo, confrontar a violência, o abuso e a marginalização baseados no gênero é importante para melhorar também os resultados de saúde das mulheres e raparigas com deficiência. (109).

1.6 Equidade em saúde e significância participação na sociedade

O avanço da equidade em saúde contribui para uma maior participação das pessoas com deficiência na sociedade. Ter boa saúde e bem-estar é importante para que as pessoas construam uma vida boa e significativa. Inversamente, para as pessoas com deficiência, a falta de acesso a cuidados de saúde em condições de igualdade com os outros dificulta a realização de outros direitos fundamentais, como a educação ou o emprego. Um estudo realizado no Nepal revelou que uma das principais razões pelas quais as crianças com deficiência não vão à escola é devido à saúde precária (110). Se as pessoas com deficiência não receberem os serviços de saúde necessários, como a reabilitação, incluindo produtos de assistência, elas podem estar em maior risco de exclusão de frequentar a escola, trabalhar e acessar oportunidades de subsistência, ou participar da vida comunitária e da sociedade. O aumento dos custos relacionados com os cuidados de saúde, os cuidados pessoais, o equipamento ou outros alojamentos relacionados com a deficiência pode levar as famílias ainda mais para a pobreza, reduzindo assim também as oportunidades de educação ou emprego (111). O avanço da equidade em saúde para pessoas com deficiência pode levar a maiores benefícios sociais e facilitar a realização de outros direitos sociais e econômicos (112).

Além dos ganhos obtidos em nível individual, abordar as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência fortalece as comunidades e a sociedade como um todo. A saúde dos cidadãos contribui para um nível médio de educação mais elevado, um produto nacional bruto (PNB) mais elevado, uma maior produtividade da mão-de-obra e uma economia mais eficiente (113, 114). Ao abordar as iniquidades em saúde das populações prioritárias que vivem em condições marginalizadas, incluindo as pessoas com deficiência, uma sociedade pode demonstrar os seus valores e reforçar a solidariedade entre a população, criando assim equidade na cura.



Um fator fundamental para a participação significativa das pessoas com deficiência na sociedade é o desenvolvimento da primeira infância, que oferece uma janela crítica de oportunidade para moldar a trajetória do desenvolvimento holístico de uma criança e construir uma base para sua vida futura. Para que as crianças atinjam todo o seu potencial, elas precisam de diferentes facilitadores, que vão desde uma boa nutrição, proteção contra danos, oportunidades de aprendizagem precoce e o apoio dos pais e cuidadores, até o acesso a cuidados de saúde oportunos e de boa qualidade. Investir em sistemas universais de identificação precoce, como o rastreio auditivo neonatal, o rastreio oftalmológico escolar e a detecção precoce de doenças congênitas, pode afetar o crescimento, o desenvolvimento e as perspectivas futuras da criança e um sua participação mais ampla na sociedade, bem como estabelecer uma abordagem coerente do curso de vida como parte da UHC, assegurando bons cuidados de saúde na transição de diferentes idades (115, 116).

1.7 Equidade em saúde para pessoas com deficiência: um investimento essencial

O direito ao mais alto padrão de saúde atingível para as pessoas com deficiência é uma obrigação do Estado sob a qual o setor de saúde deve tomar medidas para lidar com as iniquidades em saúde que prejudicam o cumprimento desse direito. Como explicado mais adiante no Capítulo 2, as pessoas com deficiência enfrentam uma ampla gama de barreiras para acessar os serviços de saúde. Estas barreiras podem muitas vezes ser associadas ao próprio sector da saúde, mas encontram-se frequentemente fora do sector da saúde, por exemplo, transportes inacessíveis ou oportunidades de educação e emprego desiguais.

Para demonstrar que o investimento financeiro necessário para promover a inclusão da deficiência no sector da saúde é um investimento com dividendos, duas análises de custo-benefício lideradas pela OMS sobre DNT e prevenção do cancro e controle (117,118) e uma análise de custo-efetividade sobre planejamento familiar e imunização (119), para a qual há evidências de menor acesso para pessoas com deficiência (120-127), foram ajustados para levar em conta os maiores custos de implementação das intervenções de forma a garantir a acessibilidade às pessoas com deficiência. Uma vez que existe actualmente muito pouca informação sobre os custos adicionais associados à disponibilização de serviços às pessoas com deficiência, foi feita uma suposição conservadora para aumentar o custo médio das intervenções em 10% para chegar às pessoas com deficiência. Os pormenores completos sobre a metodologia são descritos no anexo 4.

Os resultados mostram que, mesmo que os custos médios das intervenções com uma cobertura de 95% sejam aumentados em 10% para serem entregues de forma inclusiva para a deficiência, há um bom retorno sobre o investimento. Por exemplo, a implementação do tratamento do câncer com um aumento de 10% nos custos poderia trazer um retorno econômico e social de quase US \$ 9 por US \$ 1 gasto. Da mesma forma, poderia haver um retorno de quase US\$ 10 por US\$ 1 gasto em prevenção e cuidados de DNT inclusivos por incapacidade, supondo um aumento de 10% nos custos (Ver **Caixas 5 e 6**). Além disso, o planejamento familiar e as intervenções de vacinação (*DPT, H. influenzae b, Pneumocócico, Rotavírus, TPD Pentavalente + Hep B + Hib e Sarampo*) são custo-efetivos, mesmo quando implementadas com um aumento de 10% nos custos (Ver **Quadro 7**).

Retorno do investimento para a implementação de intervenções de prevenção e gestão do cancro inclusivas

Um estudo liderado pela OMS sobre prevenção e gestão do cancro (117) foi adaptado para refletir um aumento de 10% no custo médio de tornar os serviços acessíveis às pessoas com deficiência. Os resultados mostram que investir US\$ 1 em intervenções acessíveis relacionadas ao câncer em países de baixa e média renda poderia trazer um retorno de US\$ 8,7. Além disso, também exploramos apenas os ganhos de produtividade econômica. Os resultados mostram que, para cada dólar investido, pode-se esperar um retorno econômico de US\$ 2,1 (Tabela 1).

Tabela 1. Retorno do investimento e retorno do investimento relacionados com a produtividade direta

	Retorno sobre o investimento	Retorno do investimento (benefícios econômicos e sociais)
Estudo original US\$	2,3 US\$ 9,5	
Ajustado para acessibilidade*EUA \$	2,1 US\$ 8,7	

* Este cenário inclui custos adicionais de tornar os serviços acessíveis (+10%) para as pessoas com deficiência.

Retorno do investimento para a implementação da prevenção de DNT inclusiva para pessoas com deficiência

O estudo original de Bertram et al. (118) foi adaptado para explorar o retorno econômico e social do investimento para a realização de intervenções dietéticas, farmacêuticas e tabaceiras para prevenção de doenças cardiovasculares com um aumento de 10% nos custos médios. Os resultados mostram que o retorno para cada dólar investido pode ser de US\$ 9,9. Esse resultado sugere que, mesmo considerando o aumento de 10% nos custos para enfrentar as barreiras para as pessoas com deficiência, o retorno ainda é muito maior do que o investimento inicial. Se apenas os ganhos econômicos forem calculados, o retorno sobre o investimento poderia ser de

Tabela 2. Retorno sobre o investimento relacionado à produtividade e retorno total do investimento

	Retorno em o investimento	Retorno do investimento baseado na
Estudo original US\$	5.6 US\$	10.9
Ajustado para acessibilidade*EUA \$	5,1 US\$	9,9

* Este cenário inclui custos adicionais de tornar os serviços acessíveis (+10%) para as pessoas com deficiência.

Custo-efetividade da implementação da imunização inclusiva por deficiência e do planejamento familiar

A análise original de Stenberg et al. para o Sudeste Asiático e África Subsaariana (119) foi adaptada para refletir custos adicionais de 10% para a remoção das barreiras para pessoas com deficiência na realização de intervenções. Os resultados mostram que o planejamento familiar e as intervenções de vacinação (DPT, *H. influenzae b*, *Pneumocócico*, *Rotavírus*, *TPD Pentavalente + Hep B + Hib e Sarampo*) podem ser custo-efetivas quando administradas de forma inclusiva para incapacidades. Como mostra a Tabela 3, as razões médias de custo-efetividade são marginalmente maiores do que nos estudos originais. Para o planejamento familiar, as razões médias de custo-efetividade estão abaixo de I\$¹¹¹ na África Subsaariana e entre I\$ 10-20 no Sudeste Asiático, e as faixas de vacinação nas duas regiões, com a maior proporção sendo inferior a I\$ 1000.

Tabela 3. Custo-efetividade para o planejamento familiar e vacinação na África Subsaariana e regiões do Sudeste Asiático

Região	Intervenção	População Geral	Ajustado para acessibilidade com aumento de 10% nos custos médios
África Subsaariana	Planeamento familiar	I\$ 0,3	I\$ 0,4
África Subsaariana	Vacinação*	[I\$10.1 – I\$111.9]	[I\$11.1 – I\$123.1]
Sudeste Asiático	Planeamento familiar	I\$ 11,2	I\$ 12,4
Sudeste Asiático	Vacinação	[I\$15.6 – I\$557.1]	[I\$17.1 – I\$612.9]

*É fornecida uma gama na relação custo-eficácia para as seis intervenções de vacinação incluídas na análise.

Todos os rácios estão em dólares internacionais. Um dólar internacional é uma moeda artificial usada em análises económicas para eliminar diferenças de poder de compra ao comparar as economias nacionais.

¹¹¹ Dólares internacionais

Os retornos do investimento na inclusão de pessoas com deficiência apresentados acima devem ser um forte argumento para que os governos promovam a equidade em saúde para pessoas com deficiência. Essas são as primeiras análises desse tipo e colocam a equidade em saúde como um componente-chave nos estudos econômicos. Ao avançar, há uma questão importante que precisa ser mais explorada pelos economistas da saúde: como as considerações sobre a equidade de oportunidades de acesso a recursos devem ser incorporadas em análises quantitativas que são comuns na economia da saúde. As respostas a esta questão podem ser facilitadas pela implementação de uma forte política de saúde e de uma agenda de investigação sobre a inclusão das pessoas com deficiência, que é discutida no capítulo 3.

Referências

1. O'Leary L, Hughes-McCormack L, Dunn K, Cooper S-A. Morte precoce e causas de morte de pessoas com síndrome de Down: uma revisão sistemática. *J Appl Res Intelecto Disabil*. 2018;31:687–708. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12446>.
2. Elia M, Mo nga M, De S. Aumento da prevalência de nefrolitíase em pessoas com deficiência: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição. *Urologia*. 2021;163:185–189. DOI: 10.1016/j.urologia.2021.07.047.
3. [Watt RG](#), Venturelli R, Daly B. Compreender e combater as desigualdades em saúde oral nas populações vulneráveis: das margens ao mainstream. *Irmão Dent J*. 2019;227:49–54.
4. [Ratcliff G](#), Colantonio A, Escobar M, Chase S, Vernich L. Sobrevivência a longo prazo após lesão cerebral traumática. *Disabil Rehabil*. 2005;27:305–14.
5. [Hithersay R](#), Startin CM, Hamburg S, Mok KY, Hardy J, Fisher EM et al. Associação de demência com mortalidade entre adultos com síndrome de Down mais de 35 anos. *JAMA Neurol*. 2019;76:152–60.
6. [Hartley D](#), Blumenthal T, Carrillo M, DiPaolo G, Esralew L, Gardiner K et al. Síndrome de Down e doença de Alzheimer: vias comuns, objetivos comuns. *Alzheimer Dement*. 2015;11:700–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.10.007>.
7. [Rafii MS](#), [Santoro SL](#). Prevalência e gravidade da doença de Alzheimer em indivíduos com síndrome de Down. *JAMA Neurol*. 2019;76:142–3.
8. [Ehrlich JR](#), [Ramke J](#), Macleod D, Burn H, Lee CN, Zhang JH et al. Associação entre deficiência visual e mortalidade: uma revisão sistemática e meta-análise. *Lancet Glob Saúde*. 2021;9:e418–e30.
9. [Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina](#). Fazer da saúde ocular um imperativo de saúde da população: visão para o amanhã. Imprensa das Academias Nacionais; 2017.
10. [Hosking FJ](#), [Carey IM](#), Shah SM, Harris T, DeWilde S, Beighton C et al. Mortalidade entre adultos com incapacidade institucional na Inglaterra: comparações com a população em geral. *Am J Saúde Pública*. 2016;106:1483–90.
11. [Heslop P](#), [Blair PS](#), Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. O inquérito confiante sobre a morte prematura de pessoas com deficiência intelectual no Reino Unido: um estudo de base populacional. *Lanceta*. 2014;383:889–95.
12. [Williamson EJ](#), [McDonald HI](#), Bhaskaran K, Walker AJ, Bacon S, Davy S et al. Riscos de COVID-19 hospitalizar e seath para pessoas com dificuldade de aprendizagem: coorte de base populacional study usando a plataforma OpenSAFE. *BMJ*. 2021;374: n1592.
13. [Baksh RA](#), [Pape SE](#), Smith J, Strydom A. Entendendo as desigualdades nos resultados da COVID-19 após a internação hospitalar para pessoas com deficiência intelectual em comparação com a população em geral: um estudo de coorte mat ched no Reino Unido. *BMJ Aberto*. 2021;11:e052482. DOI: [https:// dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052482](https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052482).
14. [Thornicroft G](#). Disparidades de saúde física e doença mental: o escândalo da mortalidade prematura. *Br J Psiquiatria*. 2011;199:441–2.
15. [Fiorillo A](#), [Luciano M](#), [Pompili M](#), [Sartorius N](#). Reduzindo a lacuna de mortalidade em pessoas com transtornos mentais graves: o papel das intervenções psicossociais no estilo de vida. *P. ont Psiquiatria*; 2019;10:434.

16. Ko KD, Lee KY, Cho B, Park MS, Son KY, Ha JH et al. Disparidades nos comportamentos de risco para a saúde, utilizações preventivas de cuidados de saúde e condições crônicas de saúde para pessoas com deficiência: o Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92:1230–7. DOI: 10.1016/j.apmr.2011.03.004.
17. Borg J, Lindström A, Larsson S. Tecnologia assistiva em países em desenvolvimento: responsabilidades nacionais e internacionais para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. *Lanceta.* 2009;374:1863–5.
18. Moodley J, Ross E. Iniquidades nos resultados de saúde e acesso aos cuidados de saúde na África do Sul: uma comparação entre pessoas com e sem deficiência. *Disabil Soc.* 2015 ;30:630–44. doi: 10.1080/09687599.2015.1034846.
19. Kim M, Kim HJ, Hong S, Fredriksen-Goldsen KI. Disparidades de saúde entre as mulheres com deficiência na educação dos filhos. *Saúde Infantil Maternidade J.* 2013;17:1260–8. DOI: 10.1007/s10995-012-1118-4.
20. Mitra M, Clements KM, Zhang J, Smith LD. Disparidades em fatores de risco de preconceito adversos entre mulheres com e sem deficiência. *Saúde Infantil Maternidade J.* 2016;20:507–15. DOI: 10.1007/s10995-015-1848-1.
21. Brown HK, Lunskey Y, Wilton AS, Cobigo V, Vigod SN. Gravidez em mulheres com deficiências intelectuais e de desenvolvimento. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:9–16. DOI: 10.1016/j.jogc.2015.10.004.
22. Brennan EA, Santinello Martino A. A deficiência está associada à infecção sexualmente transmissível: a gravidade e o sexo feminino são fatores importantes para o sexo. *Pode J Hum sexo.* 2022;31:91– 102. DOI: 10.3138/cjhs.2021-0053.
23. Jolley E, Buttan S, Engels T, Gillani M, Jadoon MZ, Kabona G et al. Prevalência de deficiência visual e cobertura de serviços cirúrgicos de catarata: associações com sexo, incapacidade e estado econômico em cinco locais diversos. *Epidemiol oftálmico.* 2020;27:429–37.
24. Jarrett T, Pignataro RM. Tabagismo entre estudantes universitários com deficiência: National College Health Assessment II, outono de 2008-primavera de 2009. *Disabil Saúde J.* 2013;6:204– 12. DOI: 10.1016/j.dhjo.2013.01.011.
25. McMahon M, Hatton C. Uma comparação da prevalência de problemas de saúde entre adultos com e sem deficiência intelectual: um estudo populacional administrativo total. *J Appl Res Intelecto Disabil.* 2021;34:316–25. DOI: 10.1111/jar.12785.
26. Heinrichs D, Shooshtari S, Brownell M, Mills R, Stoesz B. Saúde e utilização de cuidados de saúde de crianças de Manitoba em cuidados com e sem deficiências de desenvolvimento: um estudo comparativo de base populacional. *J Dev Disabl.* 2018;23:5–16.
27. Brown HK, Ray JG, Chen S, Guttmann A, Havercamp SM, Parish S et al. Associação de incapacidade preexistente com morbidade ou mortalidade materna grave em Ontário, Canadá. *JAMA Netw Aberto.* 2021;4:e2034993. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.34993.
28. Aitken Z, Bishop GM, Disney G, Emerson E, Kavanagh A. As desigualdades relacionadas à deficiência em saúde e bem-estar são mediadas por barreiras à participação enfrentadas por pessoas com deficiência. Uma análise de mediação causal. *Soc Sci Med.* 2022;315.
29. Loidl V, Oberhauser C, Ballert C, Coenen M, Cieza A, Sabariego C. Quais fatores ambientais têm o maior impacto no desempenho das pessoas que enfrentam dificuldades de capacidade? *Int J Environ Res Saúde Pública.* 2016;13:416.

30. Lee L, Mou F, Um Boock A, Fellinghauer C, Kohls M, Cieza A et al. Identificar as principais barreiras ambientais experimentadas por pessoas com deficiência leve, moderada ou grave no Distrito de Saúde de Bankim , Camarões: uma análise secundária direcionada a políticas de dados obtidos com o Banco Mundial e a pesquisa de deficiência modelo da OMS. Arch Saúde Pública. 2021;79:1–11.
31. Ross SM, Smit E, Yun J, Bogart K, Hatfield B, Logan SW. Estimativas nacionais atualizadas de disparidades na atividade física e participação esportiva experimentadas por crianças e adolescentes com deficiência: NSCH 2016-2017. J Phys Act Saúde. 2020;17:443–55. DOI: 10.1123/jpah.2019-0421.
32. Barnhart WR, Smith CNW, Coleman E, Riddle IK, Havercamp SM. Viver independente do tabaco reduz o tabagismo e melhora o estado geral de saúde entre os usuários de tabaco a longo prazo com deficiências. Disabil Saúde J. 2020;13:100882.
33. Bickenbach J, Rubinelli S, Stucki G. Ser uma pessoa com deficiência ou experimentar a deficiência: duas perspectivas sobre a resposta social à deficiência. J Rehabil Med. 2017;49:543–9. DOI: 10.2340/16501977-2251.
34. Conselho de Direitos Humanos da ONU. Relatório do Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, Juan E. Méndez. 1 de fevereiro de 2013. A/ HRC/22/53; 2013 (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf, acessado em novembro de 2022).
35. [Setenta e Quarta](#) World Assembleia de Saúde WHA 74.8. O mais alto padrão atingível de [saúde para pessoas](#) com deficiência. 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R8-en.pdf, em novembro de 2022).
36. [Assembleia Geral da ONU](#). Seventy-quarta sessão; A/RES/74/2. A declaração política da [reunião de alto nível sobre a](#) cobertura universal de saúde. "Universal health coverage: moving [together to build a healthier world](#)" (https://undocs.org/en/A/RES/74/2_Cobertura universal de saúde: movendo-se juntos para construir um mundo mais saudável).
37. [United Nations](#). Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais. Perspectivas da população mundial 2022 (<https://population.un.org/wpp/>, acessado em novembro de 2022).
38. [O'Reilly C](#). [A lista de espera](#): dar resposta às necessidades imediatas e a longo prazo das vítimas de [explosive armas em Syria](#). Estudo 2019. Lyon: Humanidade e Inclusão; 2019 (https://hi.org/sn_uploads/document/THE-WAITING-LIST_Final-WEB-SMALLER.pdf, acessado em novembro de 2022).
39. [Polack S, Scherer N, Yonso H, Volkan S, Pivato I, Shaikhani A et al](#). Deficiência entre refugiados sírios [que vivem em Sultanbeyli, Istanbul: resultados de uma pesquisa baseada](#) em populati. PloS Um. 2021;16:e0259249.
40. [Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S](#). Novas [estimativas de prevalência de transtornos mentais da OMS em contextos de conflito](#): uma revisão sistemática e meta-análise. *Lancet*. 2019;394:240–8. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
41. [Evans RA, McAuley H, Harrison EM, Shikotra A, Singapuri A, Sereno M et al](#). Impactos físicos, cognitivos e de saúde mental da COVID-19 após a hospitalização (PHOSP-COVID): [um estudo de coorte prospectivo multicêntrico do Reino Unido](#). *Lancet Respir Med*. 2021;9:1275–87. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00383-0.
42. [Mathiowetz NA](#). [Questões metodológicas na mensuração](#) de pessoas com deficiência. In: [Explorando teorias e expandindo metodologias: onde estamos e para onde precisamos](#) [ir: Emerald Group Publishing Limited; Em 2001](#).

43. Ingstad B, Whyte S. Deficiência e cultura. Imprensa da Universidade da Califórnia: Berkeley, CA. 1995.
44. Palmer M, Harley D. Modelos e medição em deficiência: uma revisão internacional. Plano de Política de Saúde. 2012;27:357–64.
45. Van Brakel WH, Oficial A. Abordagens e ferramentas para medir a deficiência em países de baixa e média renda. Lepr Rev. 2008;79:50–64.
46. Divisão de Estatística das Nações Unidas. Estatísticas de deficiência. 2021 <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/sconcerns/disability/statistics#!/home>, acessado em novembro de 2022).
47. Visto, contado, incluído: usando dados para lançar luz sobre o bem-estar de crianças com deficiência. Nova Iorque: UNICEF; 2021.
48. Organização Mundial da Saúde. Reforçar a recolha de dados sobre a deficiência. 2021. (<https://www.who.int/activities/collection-of-data-on-disability>, acessado em novembro de 2022).
49. Mitra S, Yap J. Relatório de dados de deficiência 2021. Iniciativa de Dados de Deficiência, Fordham Research Consortium on Disability: Nova York. 2021.
50. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Astana: conferência global sobre cuidados de saúde primários: Astana, Cazaquistão, 25 e 26 de outubro de 2018. Organização Mundial da Saúde; 2019.
51. Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1986. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa; 1986.
52. Declaração política fluminense sobre os determinantes sociais da saúde. In: Processo. Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: Brasil, 19–21 de outubro de 2011. Organização Mundial da Saúde; Em 2011.
53. Organização Mundial da Saúde e Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, Finlândia. A saúde em todas as políticas: Declaração de Helsínquia. Estrutura para a ação do país. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Em 2014.
54. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Xangai sobre a promoção da saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Organização Mundial da Saúde; 2017.
55. Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres. Estrutura de Sendai para redução do risco de desastres 2015-2030. AskSource; 2015 (https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, acessado em novembro de 2022).
56. Nações Unidas. Relatório de Desenvolvimento Sustentável de Goals 2021. Nova Iorque: Nações Unidas; 2021 (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf>, accessed novembro 2022).
57. O world health report 2008: cuidados de saúde primários agora mais do que nunca. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>, acessado em novembro de 2022).
58. Mate KS, Sifrim ZK, Chalkidou K, Cluzeau F, Cutler D, Kimball M et al. Melhorar a [qualidade do sistema](#) de saúde em países de baixa e média renda que estão expandindo a cobertura de saúde: uma [estrutura para o seguro](#). Int J Qual Cuidados de Saúde. 2013;25:497–504.
59. [Organização Mundial da Saúde](#). Acção intersectorial em matéria de saúde: um caminho para os decisores políticos [concretizarem uma acção eficaz](#) e sustentável em matéria de saúde. Kobe, Japão: Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde; [Em 2011](#).

60. O relatório mundial de saúde: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>, acessado em novembro de 2022).
61. [Fazer escolhas justas](#) no caminho para a cobertura universal de saúde. Relatório final do [grupo consultivo](#) da OMS sobre equidade e cobertura universal de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; [Em 2014](#).
62. [Sacks E, Schleiff M, Were M, Chowdhury AM, Perry HB](#). Comunidades, cobertura universal de saúde e [atenção primária](#) à saúde. Bull Órgão Mundial de Saúde. 2020;98:773.
63. [Organização Mundial da Saúde](#) e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Operational framework [for primary health care](#): transforming vision into action. Genebra: Organização Mundial da Saúde ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>, acessado em novembro de [2022](#)).
64. [Nampewo Z, Young](#) women with disabilities and access to HIV/AIDS interventions in [Uganda](#). [Reprod Health Matters](#). 2017;25:121–7. doi: 10.1080/09688080.2017.1333895.
65. [Wetherill MS, Duncan AR, Bowman H, Collins R, Santa-Pinter N, Jackson M et al](#). Promovendo [a equidade nutricional](#) para indivíduos com desafios físicos: uma revisão sistemática de barreiras e [facilitadores para a saúde](#) e alimentação. Prev Med. 2021;153:106723. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106723>.
66. [Smith BJ, Thomas M, Batras D](#). Overcoming disparidades na atividade física organizada: [achados de estratégias comunitárias australianas](#). Health Promot Int. 2016;31:572–81. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav042>.
67. [Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC](#). Tabagismo, doença mental e saúde pública. [Annu Rev Saúde Pública](#). 2017;38:165–85. doi: <https://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>.
68. [Mactaggart I, Baker S, Bambery L, Iakavai J, Kim MJ, Morrison C et al](#). Água, mulheres e [deficiência: usando métodos mistos para apoiar o design inclusivo do programa de WASH em Vanuatu](#). [Lancet Regional Health Western Pacific](#). 2021;8:100109. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100109>.
69. [Hailegiorgis B, Kebede A, Lemecha G, Mekonta L](#). Igualdade de género e inclusão social [overview para o sector WASH em Ethiopia](#). IRC; 2021.
70. [WaterAid e Australian Aid](#). [Desenvolvimento de uma ferramenta de gestão participativa para o saneamento e a higiene conviviais nas instalações de saúde](#). Auxílio Aquático; 2018 (<https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/developing-a-participatory-management-tool-for-user-friendly-was-h-in-healthcare-facilities.pdf>, accessed novembro 2022).
71. [Water Aid e Cruz Vermelha Australiana](#). [Acessível WASH no Camboja](#). Social Research Cambodia; 2014 (<https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Accessible%20WASH%20in%20Cambodia.pdf>, accessed novembro 2022).
72. [Aliança Internacional de Desabilidade](#). [COVID-19 no Panamá: onde a defesa de grupos levou a um impacto considerável](#). 2020. (<https://www.internationaldisabilityalliance.org/covid19-panama>, [acessado em novembro de 2022](#))
73. [Relatório Results 2020–2021](#). [Organização Mundial da Saúde](#). 2022 (<https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-2021>, acessado em novembro de 2022).

15. Kamalakannan S, Bhattacharjya S, Bogdanova Y, Papadimitriou C, Arango-Lasprilla JC, Bentley J et al. Riscos à saúde e consequências de uma infecção por COVID-19 para pessoas com deficiência: revisão de escopo e análise temática descritiva. *Int J Environ Res Health Pública*. 2021;18. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18084348>.
16. [Williamson EJ, McDonald HI, Bhaskaran K, Walker AJ, Bacon S, Davy S et al.](#) Riscos de internação [hospitilar por COVID-19](#) e morte para pessoas com dificuldade de aprendizagem: [estudo de coorte de base populacional](#) usando a plataforma OpenSAFE. *BMJ*. 2021;374:n1592. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1592>.
17. [Kisia J, Mwenda V, Nyapera V, Otieno D, Mwangovya H, Munyendo D et al.](#) Deficiência infantil e [desnutrição em Turkana Quênia: um relatório resumido para as partes interessadas e políticas](#). *Sociedade da Cruz Vermelha do Quênia, Escritório Regional da África Oriental da CBM, Centro Interno de Evidências em Deficiência e London School of Hygiene & Tropical Medicine*; 2014 (<https://www.lshtm.ac.uk/sites/default/files/2019-06/Malnutrition-and-Disability-Report-Full-Report.pdf>, acessado em novembro de 2022).
18. [Hillgrove T, Blyth J, Kiefel-Johnson F, Pryor W.](#) Uma síntese dos resultados das [«avaliações rápidas» da deficiência e da pandemia de COVID-19: implicações para a resposta e a recolha de dados inclusiva para a deficiência](#). *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2021;18:15. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18189701>.
19. [Segunda rodada da pesquisa nacional de pulso sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19](#). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021.
20. [Jesus TS, Bhattacharjya S, Papadimitriou C, Bogdanova Y, Bentley J, Arango-Lasprilla JC et al.](#) [Disparidades relacionadas ao lockdown experimentadas por pessoas com deficiência durante a primeira onda da pandemia de COVID-19: revisão de escopo com análise temática](#). *Int J Environmental Res Saúde Pública*. 2021;18:6178. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126178>.
21. [Lund EM.](#) Conflito interpessoal contra as pessoas com deficiência: preocupações e [considerações adicionais na pandemia de COVID-19](#). *Rehabil Psychol*. 2020;65:199–205. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/rep0000347>.
22. [Mulheres Habilitadas Internacionalmente. COVID-19 na interseção de gênero e deficiência: resultados de uma pesquisa global de direitos humanos](#). Washington DC: Women Enabled International; 2020 (<https://womenenabled.org/wp-content/uploads/Women%20Enabled%20International%20COVID-19%20at%20the%20Intersection%20of%20Gender%20and%20Disability%20May%202020%20Final.pdf>, acessado em novembro de 2022).
23. [Pearce E.](#) Consulta de pesquisa. [Deficiência considerations na programação GBV during the COVID-19 pandemi](#). Londres: GBV AOR Helpdesk; 2020.
24. [COVID-19 e violência contra pessoas idosas](#). Organização Mundial da Saúde. 20 20.
25. [Tonelli M, Warick R.](#) Concentrando-se no [needs de pessoas com perda auditiva durante a pandemia de COVID-19 e além](#). *JAMA*. 2022;327:1129–30.
26. [Brucker DL, Stott G, Phillips K G.](#) [Insuficiência alimentar e utilização de recursos gratuitos para os americanos em idade ativa com deficiência durante a pandemia de COVID-19](#). *Disabil Saúde J*. 2021;14:101153. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101153>.
27. [Jones M.](#) [COVID-19 e os resultados da marca laboral das pessoas com deficiência no Reino Unido](#). *Soc Sci Med*. 2022;292:114637. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114637>.

74. Emerson E, Stancliffe R, Hatton C, Llewellyn G, King T, Totsika V et al. O impacto da deficiência no emprego e na segurança financeira após o surto da pandemia de COVID-19 de 2020 no Reino Unido. *J Saúde Pública*. 2021;43:472–8. DOI: <https://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdaa270>.
75. Escudos M, Spittal MJ, Dimov S, Kavanagh A, King TL. Manutenção e incapacidade entre jovens australianos e associações com sofrimento psicológico durante a pandemia de COVID-19. *SSM Popul Saúde*. 2022;19:101140.
76. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a Europa. Ciclo de emergência. s.d. (<https://www.who.int/europe/emergencies/emergency-cycle>, acessado em novembro de 2022).
77. Gestão de riscos de emergência sanitária e desastres fra network. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>, acessado em novembro de 2022).
78. Lal A, Erondy NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: retifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*. 2021;397:61–7. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32228-5.
79. Senjam SS. Uma abordagem centrada nas pessoas para prevenir doença COVID-19 e seus impactos em pessoas com deficiência. *Frente de Cura Pública*. 2020;8:608958. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.608958>.
80. Relatório mundial sobre o envelhecimento e a saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, acessado em novembro de 2022).
81. Década do envelhecimento saudável 2020-2030: plano de ação. Organização Mundial da Saúde; 2020 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true, accessed November 2022).
82. Relatório global sobre o preconceito de idade. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021.
83. Prynne JE, Kuper H. Perspectivas sobre a disabilidade e as doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda, com foco no acidente vascular cerebral e na demência. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:3488.
84. Mirza M. Serviço de Avaliação e Desenvolvimento de Políticas do ACNUR. Dificuldades e oportunidades diminuídas: deficiência, deslocação e assistência humanitária. Genebra: ACNUR; 2011 (<https://policycommons.net/artifacts/92799/unmet-needs-and-diminished-opportunities/>, acessado em 20 a 22 de novembro).
85. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Disability and development report, 2018. Realização dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável por, para e com pessoas com deficiências. Nova Iorque: United Nations; 2018 (<https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>, acesso em novembro de 2022).
86. Junqueira CC, de Almeida Leôncio AB, Vaz EM, de Brito Santos NC, Collet N, da Silva Reichart AP. Estímulo de crianças com síndrome congênita de Zika em home: desafios para cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020;41:e20190247. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190247>.
87. Kuper HL, Lopes Moreira ME, de Araújo TV, Valongueiro S, Fernandes S, Pinto M et al. A associação de depressão, ansiedade e estresse com o cuidado de uma criança com síndrome congênita de Zika em Brazil; resultados de um estudo transversal. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019;13:e0007768. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007768>.

28. de Melo AP, Tereza L, de Araújo TV; de Albuquerque M, do Socorro VM, Valongueiro S et al. "A vida está me levando aonde eu preciso ir": ruptura biográfica e novos arranjos na vida de mulheres cuidadoras familiares de crianças com síndrome congênita de Zika em Pernambuco, Brasil. *Vírus*. 2020;12:08. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/v12121410>.
29. Pereira [S, Oliveira JT](#), Vasconcellos MS, Santos DN. Incapacidade e transferência de renda em relação à síndrome congênita do Zika: um estudo da medida provisória 894/2019. *Interface-Comunicacao Saúde Educação*. 2021;25:15. doi: 10.1590/interface.200144.
30. Drew N, [Funk M](#), Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. *Lanceta*. 2011;378:1664–75.
31. Freitas [PS, Soares GB](#), Mocelin HJ, Lamonato LC, Sales CM, Linde-Arias AR et al. Como a mãe se sente? Vida com crianças com síndrome congênita de Zika. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148 Suppl 2:20–8. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13044>.
32. Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Azim SI, Woolfenden S, Efron D et al. Impacto da pandemia de COVID-19 no bem-estar das crianças com deficiências de neurodesenvolvimento e seus pares. *J Paediatr Saúde da Criança*. 2021;57:631–6. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jpc.15285>.
33. [Dhi man S, Kumar Sahu P, Reed WR](#), Ganesh GS, Goyal RK, Jain S. Impacto da COVID-19 na saúde mental e tensão entre os cuidadores que cuidam de crianças com necessidades especiais. *Res Dev Disabil*. 2020;107:103790. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.livrar-sed.2020.103790>.
34. [Willner P, Rose J, Stenfert Kroese B](#), Murphy GH, Langdon PE, Clifford C et al. Efeito da pandemia COVID-19 na saúde pessoal de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33:1 523–33. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jar.12811>.
35. "I se e que é possível": construir a paciência para a inclusão da deficiência na violência baseada no gênero [pro g ramming em settings humanitários](#). New York: Women's Refugee Commission and [Int e national Rescue Committee](#); 2015 (<https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/Disability-Inclusion-in-GBV-English.pdf>, acessado em novembro de 2022).
36. [ONU Mulheres](#). [Addressing gender equality](#) no contexto da deficiência. Nações Unidas; 2019.
37. [Zuurmond M, Morgon Banks L, Aryal P](#), Joshi S, Gallinetti G, Monteath-Van Dok A et al. [Incluir-nos na educação! um estudo de investigação qualitativa sobre as barreiras e os facilitadores da educação de crianças com deficiência](#) no Nepal. London School of Hygiene and Tropical [Medicine Plan International: 2014 \(https://plan-international.org/publications/include-us-disability-inclusion-education, accessed novembro de 2022\)](#).
38. [Nayar M, Mehrotra N](#). [Incapacidade, acesso à alimentação e COVID-19: uma análise interseccional](#). In: [Casta, COVID-19 e inequalities of care](#): Springer; 2022:175–93.
39. [Shakespeare T, Bright T, Kuper H](#). [Um acesso para a saúde das pessoas com deficiência](#). Genebra: [Alta Comissão das Nações Unidas para os Direitos do Homem](#). 2018.
40. [Behrman JR](#). [O impacto da nutrição na educação](#). Banco Mundial Res Obs. 1996;11:23–37.
41. [Bloom DE, Canning D, Sevilha J](#). [O efeito da saúde no crescimento econômico: uma abordagem da função de produção](#). *Desenvolvimento Mundial*. 2004;32:1–13.



42. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C et al. Desenvolvimento da primeira infância amadurecendo: ciência através do curso da vida. *Lanceta*. 2017;389:77–90.
43. UNICEF. Desenvolvimento da primeira infância. 2022 (<https://www.unicef.org/early-childhood-desenvolvimento>, acessado em novembro de 2022).
44. Relatório da OMS [sobre](#) o câncer: estabelecer prioridades, investir com sabedoria e cuidar de todos. Geneva: [Organização Mundial](#) da Saúde; 2020.
45. Bertram [MY](#), [Sweeny](#) K, Lauer JA, Chisholm D, Sheehan P, Rasmussen B et al. *Lanceta*. 2018;391:2071–8.
46. Stenberg K, [Watts](#) R, Bertram MY, Engesveen K, Maliqi B, Say L et al. Custo-eficácia das intervenções para melhorar [os](#) resultados de saúde materna, newborn e infantil: uma análise WHO-CHOICE [para a](#) África Subsaariana Oriental e o Sudeste Asiático. *Int J Gestão de Políticas de Saúde*. 2021; [10:706–23](#).
47. [Andiwijaya](#) [FR](#) [DC](#), Bessame K, Ndong A e Kuper H. A produção de tuberculose e o cancro do colo do útero são mais baixos entre as mulheres com deficiência? Uma revisão sistemática e meta-análise. *Int J Environ Res Saúde Pública*, no prelo. 2022.
48. Choi [JY](#), [Yeob](#) [KE](#), Hong SH, Kim SY, Jeong E-H, Shin DW et al. Disparidades no diagnóstico, tratamento e taxa de sobrevivência do câncer do colo do útero entre mulheres com e sem deficiência. *Cancer Controle*. 2021;28:10732748211055268.
49. Shin [DW](#), [Cho](#) [JH](#), Noh JM, Han H, Han K, Park SH et al. Disparidades no diagnóstico e tratamento [do](#) [cancro de lung](#) entre pessoas com deficiências. *J Thorac Oncol*. 2019;14:163–75.
50. Guo B, [Huang](#) [J](#), Porterfield SL. Segurança alimentar e saúde em transição para a idade adulta para indivíduos [com](#) deficiências. *Disabil Saúde J*. 2020;13:100937.
51. Gal G, [Munitz](#) [H](#), Levav I. Disparidades de cuidados de saúde entre pessoas com esquizofrenia comórbida [e](#) doença cardiovascular: um estudo epidemiológico caso-controle. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25:541–7.
52. Mosher [W](#), [Bloom](#) [T](#), Hughes R, Horton L, Mojtabai R, Alhusen JL. Disparidades na recepção de serviços de [planeamento](#) familiar por estatuto de deficiência: estimativas do Inquérito Nacional sobre o Crescimento [Familiar](#). *Disabil Saúde J*. 2017;10:394–9.
53. Wu JP, McKee K S, [McKee](#) [MM](#), Meade MA, Plegue MA, Sen A. Uso de métodos [contr](#) [ceptivos](#) reversíveis entre mulheres dos EUA com deficiências físicas ou sensoriais. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017;49:141–7.
54. Casebolt [MT](#), Singh K, Speizer IS, Halpern CT. Uso de contraceptivos modernos por mulheres com vínculos sociais no Rajastão, Índia: uma análise da pesquisa anual de saúde. *Sex Reprod Health*. [2022](#);301:100699.



**2. Iniquidades em
saúde
experimentado por
pessoas com
deficiências, e
a sua contribuição**

Mulheres com deficiência para dar à luz com dignidade



"Não, não, não! Não queremos cuidar dela!" Estas foram as palavras que Coumba, de Dakar, Senegal, ouviu repetidamente quando procurou atendimento para entregar seu bebê. Quatro centros de saúde recusados ela porque sua deficiência [poliomielite desde a infância]

Ela foi finalmente encaminhada para um hospital, onde uma parteira, sem examiná-la, abruptamente lhe disse que ela seria levada para uma cesariana. A parteira, disse Chumba, equiparou a deficiência à cirurgia.

Mas uma voz atrás da parteira assegurou-lhe: "Vou ajudá-la a dar à luz de forma regular". Era um profissional de saúde respeitoso. Mais tarde, a profissional de saúde deu a Coumba um banco para que ela pudesse subir na cama de parto e, em seguida, ajudou-a a dar à luz normalmente. Cerca de uma hora após o parto, uma enfermeira veio movê-la, mas não a ajudou a sair da cama. Coumba caiu e começou a hemorragia. Dois dias depois, ela acordou em uma sala de reanimação. Mais tarde, foi-lhe dito para não ter outro filho.

Hoje, 22 anos depois, Coumba é ativista e vereadora que se esforça para tornar os serviços de saúde mais acessíveis para as mulheres com deficiência. "Todas essas questões fazem com que as mulheres [com deficiência] tenham medo de se casar com alguém e engravidar", disse ela. "As pessoas com deficiência têm medo de ir ao hospital. Quando adoecem, ficam em casa, tomam remédios comprados na rua".

Coumba trabalha com grupos de mulheres, a associação de parteiras senegalesas, advogadas e grupos comunitários para a sua causa. "Os profissionais de saúde precisam de melhor treinamento sobre como lidar com pessoas com deficiência", disse ela. "É muito importante se comunicar com pacientes com deficiência".

"Passo a passo, a sociedade incluirá pessoas com deficiência. Meu sonho é tornar todas as salas de parto acessíveis a mulheres com deficiência... [e] ter pessoal médico [que seja] qualificado e gentil".

Visão geral

- As pessoas com deficiência enfrentam muitas iniquidades de saúde: morrem mais cedo, têm pior saúde e funcionamento e são mais afetadas por emergências de saúde do que a população em geral.
- Essas desigualdades nos resultados de saúde são injustas e em grande parte não podem ser explicadas em termos da condição de saúde subjacente ou comprometimento da pessoa.
- As desigualdades decorrem de condições injustas que afetam as pessoas com deficiência de forma desproporcional e que fazem parte de:
 - *Fatores estruturais*: o contexto socioeconômico e político e os mecanismos que geram estratificação social na sociedade.
 - *Determinantes sociais da saúde*: as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
 - *Fatores de risco*: os fatores associados às DNT, incluindo o uso de tabaco, dieta, consumo de álcool e quantidade de exercício; e fatores ambientais, como a poluição do ar. O aumento da exposição a fatores de risco para pessoas com deficiência deve-se significativamente a intervenções de saúde pública muitas vezes não sendo inclusivas.
 - *Sistemas de saúde*: as barreiras em todos os blocos de construção – na prestação de serviços, na força de trabalho de saúde e cuidados, sistemas de informação em saúde e financiamento e liderança dos sistemas de saúde.
- A COVID-19 descobriu fatores estruturais, sociais e do sistema de saúde que impulsionam as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência. Embora esses fatores sejam proeminentes em outras emergências de saúde, o número sem precedentes de publicações científicas relacionadas à COVID-19 ajudou a descompactar e entender melhor os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde experimentadas por pessoas com deficiência.
- As lições aprendidas com a pandemia de COVID-19 podem moldar o caminho a seguir para alcançar a equidade em saúde para pessoas com deficiência. Estes incluem, por exemplo, a importância da prestação de serviços de saúde acessíveis perto de onde as pessoas vivem; o engajamento e a participação das pessoas com deficiência nos processos e na tomada de decisões do setor saúde; e a prestação de intervenções e informações de saúde pública num formato acessível.

2.1 Iniquidades em saúde enfrentadas por pessoas com Deficiência

Existe uma ampla gama de diferenças nos resultados de saúde entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência. Algumas dessas diferenças são desigualdades que podem ser explicadas pelas condições de saúde subjacentes ou deficiências; no entanto, outras estão associadas a fatores que são injustos ou injustos. Esses fatores se alinham com os fatores contextuais do ambiente de uma pessoa, conforme descrito na CIF e a descrição da deficiência na CDPD.

As desigualdades são inaceitáveis em grande parte evitáveis e, tal como introduzido no Capítulo 1, é uma obrigação do Estado abordá-las. As iniquidades para pessoas com deficiência existem em todos os três desfechos de saúde: mortalidade prematura, aumento da morbidade e aumento das limitações de funcionamento.

2.1.1 Mortalidade

As pessoas com deficiência têm taxas mais elevadas de mortalidade prematura em comparação com as pessoas sem deficiência. Por exemplo, em pessoas com deficiências psicossociais em países de alta renda, a diferença de mortalidade é de 20 anos para os homens e de 15 simpara as mulheres (1). No Reino Unido da Grã-Bretanha e da Irlanda do Norte, a taxa bruta de mortalidade anual das pessoas com deficiência intelectual é o dobro da da população em geral (2). As desigualdades na mortalidade das pessoas com deficiência intelectual são importantes em todas as fases da vida: as crianças têm oito vezes mais probabilidades de morrer antes dos 17 anos (3) e, na faixa etária mais avançada, mais pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento morrem no prazo de 30 dias após a hospitalização do que as pessoas semdeficiência (4). Um fator importante para os níveis elevados de mortalidade é, muitas vezes, a má qualidade dos serviços de saúde (2). Para aqueles com lesão na coluna vertebral, por exemplo, a taxa de mortalidade intra-hospitalar é quase três vezes maior em países de baixa e média renda do que em países de alta renda (5). Outros fatores que influenciam os níveis de mortalidade são a renda nacional e individual. Para as pessoas com lesão medular, um aumento de um desvio padrão no PIB de um país está associado a um aumento de 5,5 sim rs de vida, enquanto um aumento da renda individual está associado a um adicional de 0,5 anos de vida (6). Se, em média, as pessoas com lesão medular na Roménia vivem 10,8 anos após um acidente, as da Suíça vivem em média 26 anos (6).

Evidências mais amplas sobre iniquidades na mortalidade são limitadas. Os fatores que contribuem para a desigualdade muitas vezes não são bem captados, tornando difícil explorar os fatores determinantes da mortalidade e se essas diferenças são de fato devidas a fatores injustos ou injustos. A coleta de dados sobre deficiência é muitas vezes despriorizada em muitos países, conseqüentemente, a evidência de iniquidades em saúde e seus fatores contribuintes é mais limitada do que para outros grupos em situações marginalizadas. No entanto, a falta de provas não deve ser interpretada como uma falta de desigualdades. As evidências são muitas vezes tendenciosas em relação a grupos específicos, como pessoas com habilidades intelectuais, porque os investimentos em pesquisa se concentram em grande parte nesses grupos. Além disso, os dados de qualidade são escassos e as evidências disponíveis provêm de um número limitado de países.

2.1.2 Morbidade

As iniquidades em saúde na morbidade enfrentadas pelas pessoas com deficiência se manifestam nas maiores taxas de comorbidades de saúde em pessoas com deficiência em comparação com aquelas sem deficiência. A evidência para isso se origina de um número limitado de países e se concentra principalmente em deficiências intelectuais.

Uma maior incidência de doenças transmissíveis e não transmissíveis é encontrada em pessoas com deficiência em comparação com pessoas sem deficiência. Isso inclui condições como tuberculose, diabetes, acidente vascular cerebral, infecções sexualmente transmissíveis ou problemas cardiovasculares (7-12). Um fator importante para o aumento da morbidade entre as pessoas com deficiência é o acesso limitado ou tardio aos serviços de saúde. No que diz respeito às comorbidades de saúde, as diferenças de prevalência entre as pessoas com deficiência continuam na velhice (13) e se aplicam também aos problemas de saúde das mulheres. Por exemplo, mais mulheres com deficiências físicas (32,9%), sensoriais (30%), intelectuais (48,8%) ou múltiplas (42%) têm uma visita de emergência pós-parto em comparação com assem essas deficiências (23,5%) (14).

As pessoas com deficiência têm um risco aumentado de desenvolver condições de saúde mental e muitas vezes classificam sua saúde mental como sendo pior do que aquelas sem deficiência. Há um aumento do diagnóstico de condições de saúde mental, como depressão ou ansiedade, em comparação com indivíduos sem deficiência (7, 9, 11, 15-18); aqueles com deficiências graves têm uma probabilidade 2,5 vezes maior de ter depressão (19).

Além disso, as pessoas com deficiência têm pior saúde bucal em comparação com as pessoas sem deficiência e apresentam níveis sistematicamente mais altos de doença dentária não tratada e níveis mais altos de extrações dentárias, em vez de tratamento restaurador (20, 21). As pessoas com deficiência psicossocial são three

vezes mais propensos a ter status desdentado, enquanto esse risco é ainda maior (quatro vezes mais provável) entre aqueles com múltiplas deficiências (22). Juntamente com um nível socioeconômico mais pobre entre as pessoas com deficiência, outro fator importante para o aumento do risco de má saúde bucal é a capacidade às vezes limitada de seus cuidadores ou profissionais de saúde de fornecer um diagnóstico adequado (23).

Em pessoas com deficiência intelectual, as taxas de uma série de condições crônicas secundárias são mais altas do que aquelas sem deficiência intelectual. Essas condições podem incluir disfunção tireoidiana (24), doenças virais ou infecciosas, distúrbios neurológicos, doenças do sangue, doenças dentárias, dentes cariados e cárie, doenças oculares, doenças do sistema respiratório, doenças do sistema estivo, epilepsia, doenças de pele ou doenças do sistema geniturinário (16) (3, 4, 14, 17, 21, 24-30). Da mesma forma, adultos com deficiência intelectual têm taxas mais altas de diabetes, asma, artrite, doenças cardíacas, hipertensão e condições de saúde (4, 25, 31-35). Essas diferenças são visíveis desde muito cedo, uma vez que as crianças com deficiências de desenvolvimento têm três vezes mais chances de ter diabetes (3) e têm maiores taxas de hospitalização relacionada a lesões do que as crianças sem deficiência (17). Adolescentes com deficiência intelectual têm 1,5 e 1,8 vezes mais risco de sobrepeso-obesidade e obesidade do que adolescentes sem deficiência intelectual (36).

2.1.3 Funcionamento

As pessoas com deficiência experimentam níveis mais elevados de limitações de funcionamento devido a barreiras no ambiente. Os dados do Inquérito Modelo de Deficiência da OMS (MDS)¹², realizado em 11 países, mostram que, para as pessoas com deficiência, vários factores ambientais parecem estar a ocultar e a limitar o seu funcionamento, especialmente em termos de actividades quotidianas e de participação na sociedade, mais do que para as pessoas sem deficiência. Um breve resumo das evidências disponíveis mostra que as instalações de saúde inacessíveis são um fator que afeta uma proporção maior (até seis vezes maior) de pessoas com deficiência em comparação com aquelas sem deficiência. O transporte inexistente, inacessível ou incomportável limita as pessoas com deficiência até 15 vezes mais do que a população em geral. Números semelhantes podem ser vistos para outros fatores, como lugares para socializar que dificultam o envolvimento de pessoas com deficiência nessa atividade, ou participar de atividades comunitárias, onde uma diferença impressionante de 25 vezes pode ser vista em alguns países. Os dados mostram que as mulheres são mais propensas a experimentar limitações no funcionamento do que os homens.

¹² <https://www.who.int/activities/collection-of-data-on-disability> (alguns dados são inéditos)

2.2 Fatores que contribuem para as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência

Os mecanismos que causam iniquidades em saúde são complexos e "inevitavelmente multidimensionais" (37). Uma série de fatores, incluindo fatores estruturais, determinantes sociais, fatores de risco e o próprio sistema de saúde, contribuem para as iniquidades em saúde das pessoas com deficiência.

Os fatores estruturais incluem o contexto socioeconômico e político e os mecanismos estruturais que geram estratificação social na sociedade (37). Para os fins deste relatório, este capítulo considera fatores estruturais relacionados ao setor de saúde, incluindo valores culturais e sociais que se manifestam em capacitismo, estigmatização e discriminação contra pessoas com deficiência, políticas e processos desiguais e governança e responsabilidade.

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (38). Existe uma ligação bem estabelecida entre vários fatores socioeconômicos e iniquidades em saúde (39, 40). Para os fins deste relatório, são explorados os seguintes determinantes sociais interdependentes que contribuem para a iniquidade em saúde para pessoas com deficiência: pobreza; emprego; educação; custo de vida adicional; más condições de vida e insegurança alimentar; transporte; violência; impacto climático e uma série de fatores que se cruzam, como gênero. Muitos determinantes da saúde estão além do setor saúde; abordá-los requer uma resposta multissetorial.

Os fatores de risco podem incluir o uso de tabaco, dieta, consumo de álcool e quantidade de exercício, todos os quais estão associados a DNTs, bem como fatores de risco ambientais, como a poluição do ar. É importante salientar que estes fatores são muitas vezes o resultado de circunstâncias socioeconômicas em que uma pessoa nasce, vive e trabalha, ou são devidos à exclusão em atividades mais vastas, tais como intervenções de saúde pública (por exemplo, campanhas para reduzir o consumo de tabaco).

As características do sistema de saúde também são um fator que contribui para as iniquidades em saúde. As lacunas e barreiras em todos os blocos de construção – por exemplo, na área de serviços de saúde, na força de trabalho de saúde e cuidados, nos sistemas de informação em saúde e no financiamento e liderança dos sistemas de saúde – afetam as pessoas com deficiência e suas famílias. Em consonância com o quadro conceptual dos determinantes sociais da saúde (37), a função de governação dos sistemas de saúde (incluindo a responsabilização e as políticas) é considerada sob fatores estruturais.

É importante notar que, embora todos esses fatores afetem negativamente a população em geral, há um efeito negativo incremental em pessoas com

Deficiência. Por exemplo, a pobreza está associada a uma saúde mais pobre em todas as populações; no entanto, os custos adicionais dos cuidados de saúde associados à deficiência podem afectar mais gravemente o estado financeiro das pessoas com deficiência. Além disso, todas as quatro categorias de factores contribuintes são interdependentes, alimentando e reforçando cada um dos outros, criando ciclos viciosos de pobreza, exclusão e problemas de saúde. Uma vez que as pessoas com deficiência são menos propensas a aceder à educação e ao emprego, são mais propensas do que as pessoas sem deficiência a viver na pobreza; isto, por sua vez, conduz a más condições de vida, aumenta a sua exposição a condições "prejudiciais para a saúde" (37) e, em última análise, aumenta a sua vulnerabilidade a resultados negativos para a saúde.

A posição socioeconómica das pessoas com deficiência também afeta seu acesso e controle sobre os recursos materiais, o que está ligado ao acesso diferenciado aos serviços de saúde. Como tal, abordar os factores que contribuem para as iniquidades em saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência requer "uma análise deliberada em vários níveis para compreender e soluções intersetoriais e participativas inovadoras para abordar" (37). As próximas secções apresentam as provas disponíveis sobre cada um dos quatro grupos de factores contribuintes.

2.2.1 Factores estruturais



© UNICEF! Em0592190!



Valores culturais e sociais que se manifestam no estigma e na discriminação

“Quando fiquei incapacitado, minha família me deserdou. Eles tinham vergonha de mim, o que me deixava envergonhado de mim mesmo. Perdi toda a minha autoestima, senti que não tinha valor na minha família ou na minha comunidade. Todo mundo me abandonou, e por quê? Porque eu estava andando com um crutch? Não parecia justo. Eles não me viam mais como uma pessoa que poderia ser bem-sucedida...” (41)

Diane, do Burundi, que trabalha para um programa do Comitê Internacional de Resgate

Diferentes valores culturais e sociais muitas vezes se manifestam em capacitismo, estigmatização e discriminação em relação às pessoas com deficiência em todas as facetas da vida. O capacitismo é um preconceito social que define as pessoas com deficiência por suas deficiências e as caracteriza como inferiores àquelas que não têm deficiência (42). O capacitismo consciente ou inconsciente pode estar embutido nas instituições, nos sistemas ou na cultura mais ampla de uma sociedade e pode limitar as oportunidades das pessoas com deficiência, reduzindo sua inclusão no setor da saúde e nas comunidades (43, 44). Um sistema de crenças "capacitista" que desvaloriza e limita o potencial das pessoas com deficiência muitas vezes está subjacente a atitudes negativas, estigmatização e estereótipos em relação a elas.

Em comparação com a população em geral, as pessoas com deficiência são significativamente mais propensas a experimentar comportamentos estigmatizantes e discriminação no contexto da saúde (45, 46). A nível comunitário, as atitudes negativas dos membros da comunidade podem desencorajar comportamentos de procura de saúde das pessoas com deficiência e das suas famílias. Por exemplo, a falta de conscientização da comunidade sobre a deficiência (47-51), atitudes sociais negativas e discriminatórias (50-66), incluindo a estigmatização entre os membros da família (51, 52, 54, 55, 58, 60, 62-64, 67-71), pode levar as pessoas com deficiência a serem impedidas ou atrasadas no acesso aos cuidados de saúde (52, 71). A estigmatização pode também levar ao abandono de indivíduos com deficiência por parte das famílias em acidentes de internamento (62), à adopção de serviços tradicionais ou alternativos contra a sua vontade (64), ao atraso no diagnóstico e nos cuidados (72) ou ao acesso dificultado aos cuidados de saúde (51, 54-56, 68, 73, 74). Muitas vezes, a estigmatização social mais ampla leva à estigmatização internalizada (47, 50, 51, 64, 71, 75-80).

As pessoas com deficiência podem ter preocupações sobre a sobrecarga de sua família ao acessar cuidados de saúde (74) ou ter sentimentos de vergonha relacionados a serviços específicos, como saúde sexual e reprodutiva ou saúde mental (74, 75) – ambos os quais se somam à busca atrasada e ao acesso a cuidados (52, 55, 65, 68, 71, 78). A discriminação pode ser vista num nível estrutural através da discriminação

políticas e leis, bem como a nível interpessoal pelos profissionais de saúde e de cuidados. Uma ampla discussão sobre ambos os aspectos da discriminação é fornecida mais adiante neste capítulo.

A estigmatização social e a discriminação são ainda mais exacerbadas na interseção com o gênero em relação aos cuidados de saúde de mulheres e meninas com deficiência (54, 57, 81). Mulheres e meninas com deficiência podem ser desencorajadas por suas famílias de participar de intervenções de saúde pública baseadas na comunidade (82). Isso destaca a importância de considerar e abordar normas sociais mais amplas ao projetar programas e atividades de saúde para pessoas com deficiência. Embora historicamente as mulheres estejam entre os grupos mais desfavorecidos, as normas, os papéis e as expectativas de gênero também podem ter um impacto negativo sobre os homens ou pessoas de diversas orientações sexuais e tendências de gênero.

A estigmatização e a discriminação podem contribuir, direta ou indiretamente, para as iniquidades em saúde das pessoas com deficiência. A estigmatização social e a discriminação têm sido diretamente associadas ao aumento da tendência suicida, especialmente entre as pessoas com deficiências psicossociais (83). As práticas estigmatizantes também podem levar indiretamente ao aumento da mortalidade, morbidade e limitações de funcionamento entre as pessoas com deficiência por meio da busca tardia de cuidados de saúde, do acesso dificultado aos serviços ou mesmo de atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde e cuidados (51, 54-56, 68, 72-74). Por exemplo, para pessoas com albinismo, crenças profundamente enraizadas, mitos e equívocos sobre a condição podem levar à estigmatização e discriminação, o que pode resultar em pobreza e, finalmente, um risco aumentado de câncer de pele e morte (84).

Exemplos de intervenções que foram implementadas para combater a estigmatização e a discriminação incluem iniciativas de sensibilização e sensibilização para as pessoas com deficiência para as partes interessadas (85, 86), bem como campanhas de marketing social mais amplas (ver [caixa 8](#)) (87, 88). Há também exemplos de intervenções inclusivas para pessoas com deficiência lideradas pela sociedade civil, em particular sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, como o programa Integrated Sexual Health Access, Choice, Together, Innovation and Ownership, Now (WISH2ACTION) implementado em contextos de baixos rendimentos (89). Muito poucas das intervenções, no entanto, foram avaliadas quanto à sua eficácia, e menos ainda foram ampliadas para níveis institucionais e sociais.

Hora de Mudar

A iniciativa Time to Change foi lançada em Inglaterra para melhorar as atitudes do público e combater os comportamentos discriminatórios contra pessoas com problemas de saúde mental (90). Um componente da iniciativa foi a campanha de marketing social anti-estigmatização que visava envolver o público por meio de canais de mídia, chamadas à ação e participação ativa em eventos sociais de massa. A campanha foi desenvolvida por diferentes partes interessadas, incluindo usuários do serviço e pessoas com experiência em condições de saúde mental. Verificou-se que o Time to Change é uma intervenção potencialmente rentável e de baixo custo para reduzir o impacto da estigmatização em pessoas com deficiências psicossociais (91). A avaliação da campanha demonstrou que a sensibilização e o conhecimento do Time to Change o público, bem como o aumento da quantidade e da qualidade dos contactos sociais com pessoas com deficiências psicossociais, conduziram a melhores conhecimentos, atitudes e comportamentos pretendidos. Além disso, a avaliação encontrou um aumento significativo nos artigos que eram anti-estigmatizantes, uma diminuição nos artigos que eram estigmatizantes e um aumento da probabilidade de pessoas com deficiências psicossociais serem citadas na mídia (92). Análises e avaliações subsequentes desta e de outras campanhas anti-estigmatização destacaram a necessidade de dar atenção à compreensão pública do sofrimento mental, das desigualdades sociais e dos desequilíbrios de poder na implementação de campanhas a nível populacional (93).



Políticas e processos

A falta de políticas e processos inclusivos muitas vezes prejudica as pessoas com deficiência. Quando as políticas e leis não se alinham com a CDPD, elas podem minam fundamentalmente os direitos deste grupo de pessoas. Por exemplo pessoas com autismo, ou deficiências intelectuais ou psicossociais, podem ser negadas os seus direitos à capacidade jurídica, à liberdade de tortura, à exploração da violência e abuso, bem como o direito de viver de forma independente e ser incluído na comunidade. O risco é ainda maior para aqueles que vivem em instituições (94). As violações dos direitos dos indivíduos são facilitadas através de disposições que permitam a admissão e o tratamento involuntários, a reclusão e a contenção, e institucionalização, todos os quais podem impactar negativamente na vida de uma pessoa. saúde (95). Em casos extremos, as pessoas com deficiência podem estar sujeitas a esterilização. Pesquisas demonstram que as pessoas com deficiência, em sua maioria

mulheres e meninas, são esterilizadas por duas razões principais: crenças preconceituosas de que não podem e não devem criar filhos; e como precaução contra gravidezes indesejadas decorrentes de abuso sexual inevitável percebido (96).

As políticas podem, por vezes, permitir a transferência para um tutor da autoridade para tomar decisões relativas à vida das pessoas com deficiência psicossocial e intelectual (97). Um guardião pode tomar decisões em todas as áreas da vida: que tratamento a pessoa recebe; onde a pessoa vive e com quem; a gestão das suas finanças pessoais; e outros aspectos da sua vida diária (98). Estas decisões baseiam-se frequentemente no que se considera ser do "melhor interesse" das pessoas com deficiência (ou seja, o que os outros pensam ser a melhor decisão ou curso de acção) e não na vontade e preferências da pessoa em causa (99, 100). Este amplo recurso a abordagens de tomada de decisão substituta demonstrou ter efeitos nocivos sobre as pessoas com deficiências, incluindo uma diminuição da sua autoestima e um aumento dos comportamentos passivos. Foram levantadas preocupações quanto aos potenciais abusos de poder por parte das pessoas nomeadas como tutoras (101); no entanto, a implementação de mecanismos de tomada de decisão substituta está a aumentar, assim como o recurso a práticas coercivas ligadas à negação de capacidade jurídica, tais como detenções involuntárias e tratamentos obrigatórios, mesmo dentro de sistemas de cuidados de saúde com bons recursos (102).

Outros exemplos comuns de políticas não inclusivas são os mecanismos de protecção social em muitos países de baixo e médio rendimento. As pessoas com deficiência não são frequentemente incluídas nos regimes de protecção social e, mesmo quando o são, podem encontrar barreiras ao seu acesso. Alguns desses esquemas, como os lançados em resposta à COVID-19, não consideram os custos adicionais relacionados à deficiência, como cuidados de saúde, cuidados pessoais e outros custos (103-105).

Outros obstáculos incluem os requisitos para se candidatar pessoalmente; informações e comunicações inacessíveis; falta de transporte acessível e disponível; não ter uma conta bancária; dificuldade em se comunicar com a equipe; ou a existência de um ponto de corte de baixa renda – o que pode resultar em muitas pessoas com deficiência sendo deixadas para trás (103, 106-108). Além disso, as pessoas com deficiência muitas vezes experimentam dificuldades consideráveis em navegar em sistemas burocráticos complicados para acessar o seguro de saúde e o financiamento de invalidez (56, 109-111).

Políticas e processos injustos no sector da saúde contribuem para a persistência das iniquidades em saúde vivenciadas pelas pessoas com deficiência. As políticas discriminatórias ou não inclusivas são muitas vezes factores que contribuem para o atraso dos cuidados (109), a falta de serviços de saúde disponíveis e a preços acessíveis (112) e a redução da qualidade dos cuidados (61, 109, 113-116). Além disso, algumas políticas de saúde

e os processos, particularmente os estabelecidos nas respostas à pandemia, podem levar a ações que inadvertidamente prejudicam as pessoas com deficiência, aumentando os riscos que elas experimentam (117, 118). Todos esses fatores aumentam a probabilidade de piorados resultados de cura. Além disso, outros setores podem estabelecer políticas públicas para reduzir a exposição específica a fatores prejudiciais à saúde (por exemplo, melhoria das condições relacionadas à habitação, água e saneamento, trabalho, segurança, espaços públicos, restrição às vendas de tabaco e álcool, segurança alimentar ou eliminação de poluentes ambientais); essas políticas podem não ser inclusivas e frequentemente não atingem pessoas com deficiência (119, 120).

Existem exemplos de abordagens políticas que visam promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência. O Governo da Austrália divulgou o *Roteiro Nacional para melhorar a saúde das* pessoas com deficiência intelectual para abordar as graves desigualdades de saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência intelectual (121). O roteiro visa promover o apoio às pessoas com deficiência intelectual, às suas famílias e prestadores de cuidados, desenvolver melhores modelos de cuidados, apoiar os profissionais de saúde e de cuidados a prestar cuidados de qualidade às pessoas com deficiência intelectual, melhorar a sua saúde oral e garantir que as suas necessidades sejam tidas em conta e satisfeitas nos planos e respostas de emergência. O roteiro foi elaborado em estreita consulta com as pessoas com deficiência intelectual, familiares e prestadores de cuidados.



Governança e prestação de contas

Discrepâncias geralmente ocorrem entre a adoção da CDPD e implementação da convenção por meio de legislação ou diretrizes de deficiência em conformidade nos países. Uma razão para isso pode ser que, ao implementar a CDPD, um mecanismo de prestação de contas com monitoramento adequado e Aforça não é posta em prática (122-125). Tal pode conduzir a um incumprimento da legislação em vigor ou das orientações dos serviços de saúde, incluindo as relativas aos subsídios de invalidez, aos protocolos clínicos e a adaptações razoáveis em clínicas, hospitais e outros serviços de saúde (123-126). Além disso, a responsabilização limitada pode estar associada a atos de violência e abuso contra pessoas com deficiência em ambientes de cuidados de saúde que não são devidamente relatados ou abordados (127).

As pessoas com deficiência e suas organizações representativas são boas fontes para responsabilizar o setor de saúde pela implementação de políticas de deficiência. No entanto, em geral, não estão envolvidos em processos de governança, tais como o planeamento do sector da saúde, o desenvolvimento e a execução de programas. Por exemplo, mulheres e meninas com deficiência raramente são

consultados sobre questões como a saúde materna e infantil (128) e a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos mais vastos (129). As pessoas com deficiência intelectual são frequentemente excluídas dos processos de consulta devido a pressupostos negativos sobre a sua capacidade de contribuir (130). Mesmo quando os grupos comunitários são criados com representação de pessoas com deficiência, eles expressam preocupações de que, quando solicitados, suas contribuições não sejam totalmente consideradas pelos implementadores (131-133).



As regras estão sendo feitas sem levar em consideração a perspectiva das pessoas com deficiência. Isso torna as sociedades desiguais e injustas" (134)

Melokuhle, cadeirante da África do Sul

Há exemplos de iniciativas que envolveram ativamente pessoas com deficiência e organizações da sociedade civil em seu projeto e implementação. Estudos sobre inclusão de pessoas com deficiência em atividades de água, saneamento e higiene (WASH) em países de baixa e média renda incorporaram treinamento para partes interessadas em WASH em todos os níveis, projetado e ministrado por pessoas com deficiência (119, 135, 136). As pessoas com deficiência também têm sido parte integrante dos processos de tomada de decisão e envolvidas no planejamento, financiamento, projeto, gerenciamento e monitoramento de novas instalações de WASH. As organizações locais de pessoas com deficiência nomearam pessoas focais em cada região que recebem treinamento e capacitação adequados. No nível de base, na ausência de organizações locais, os implementadores de projetos trabalharam com pessoas com deficiência que vivem na área para encontrar modelos positivos e tornar visíveis os problemas práticos enfrentados por alguns em suas vidas diárias (132, 133).

2.2.2 Determinantes sociais

História pessoal

Lutando contra a escassez de informações com uma base para os pais



Nguyen Phuong Ha, um pesquisador de biologia, criou a Associação da Família da Paralisia Cerebral no Vietnã, para obter apoio e informações para pais de crianças com paralisia cerebral (PC).

"Minha filha Pika nasceu prematura. Senti imediatamente que algo estava errado. Ela não reagiu. Levei-a a muitos médicos, mas não recebi um diagnóstico. Pesquisei muitas coisas. Comecei a suspeitar que ela tinha PC. Aos 11 meses, falei para a médica que ela tinha PC. Não havia informações sobre a CP então no Vietnã".

"Em 2014, decidi ir para o exterior com minha filha para aprender mais. Descobri que havia muitos sistemas para apoiar os pais – equipamentos, terapia, informações. Aprendi muito. Como não recebi nenhum apoio ou informação no Vietnã, pensei que poderia ajudar outros pais, então comecei o grupo "Superhero Family Club" no Facebook. Em duas semanas, tinha 200 membros. Tornou-se uma comunidade para os pais".

"Aprendi inglês sozinha por causa da minha filha. Fui ao YouTube. Li muito. Agora eu posso ler documentos muito rápido. Eu traduzo esta informação para vietnamita para os pais. Temos 3000 membros agora e 1000 voluntários, que fornecem todos os tipos de apoio para as crianças. Trabalhamos com médicos e agora sou porta-voz da CP".

"Minha filha tem PC grave. Não encontrei escola para ela. Então decidi começar uma aula de educação especial para crianças com PC. No hospital, disseram-me que as crianças com PC choram muito, mas na nossa classe, as crianças não choram. Minha filha está muito feliz lá – ela tem 10 anos agora e é muito falante! Os pais também são afins. É simplesmente incrível, eu plantei uma pequena semente e agora a árvore cresceu".

Foto: © Nguyen Phuong Ha



Pobreza e custos adicionais

Já mais propensas a viver na pobreza, as pessoas com deficiência e suas famílias também acarretam custos extras associados à deficiência. Uma proporção mais elevada de pessoas com deficiência (em alguns países duplica) em comparação com as pessoas sem deficiência vive abaixo do limiar de pobreza nacional ou internacional (137). Nos Estados Unidos da América, por exemplo, quase 50% dos adultos com deficiência vivem dentro ou perto dos níveis de pobreza, em comparação com 28% das pessoas sem deficiência (138). Os custos adicionais de vida associados à deficiência (139) representam um aumento de cerca de um terço do rendimento médio das pessoas com deficiência moderada e de mais de 40% do rendimento médio das pessoas com deficiência significativa (137). Estes incluem custos associados a cuidados de saúde, habitação, transporte, assistência pessoal e produtos de assistência. Quando divididos em diferentes grupos, as pessoas com deficiências cognitivas e as pessoas com deficiências físicas têm até cinco vezes mais despesas médicas do que aquelas sem deficiência (140).



O custo do registro em um hospital privado próximo é [muito] alto, então eu tenho que viajar uma longa distância até o hospital estadual porque é mais barato lá, mas eu ainda tenho que levar um intérprete comigo para cada visita pré-natal. Então, o custo adicional de [um] intérprete de língua de sinais, transporte, ultrassonografias e todos os outros requisitos para o registro pré-natal é muito grande para mim" (141).

Mulher surda, 27 anos, Nigéria

Custos mais altos de cuidados de saúde aprofundam as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência. Devido a esses custos mais altos, as pessoas com deficiência experimentam necessidades claras não atendidas de serviços de saúde (142); acesso reduzido a cuidados e apoio oportunos (13, 25, 52, 55, 68, 110, 140, 142, 143); tratamento interrompido (52, 53, 75); incapacidade de pagar por dispositivos necessários ou reparos atrasados (52, 53, 143); e estresse e maior dependência do apoio de membros da família (57, 110). Todos estes factores têm um efeito negativo inevitável na sua saúde, resultando num aumento da mortalidade e da morbilidade e numa diminuição do seu funcionamento.

A estratégia mais utilizada nos países para fazer face à pobreza e aos custos adicionais dos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência é a protecção social. A protecção social é eficaz na redução da vulnerabilidade das pessoas com deficiência, na melhoria do estado de saúde e no apoio ao empoderamento e à participação económicos. Embora alguns países possam conceder algum nível de benefícios financeiros às pessoas com deficiência, quer através de programas específicos orientados para a deficiência, quer mais comumente, quer através de programas gerais

mecanismos de proteção social, a maioria dos países de baixa e média renda estão longe de fornecer proteção social inclusiva para deficientes. Estimativas recentes da Organização Internacional do Trabalho mostram que, a nível mundial, apenas um terço das pessoas com doenças graves recebe uma prestação por incapacidade. Verifica-se uma variação regional substancial; enquanto a cobertura da proteção social na Europa Oriental parece ser quase universal, as estimativas para o Sul da Ásia e a África Subsariana mostram uma taxa de cobertura inferior a 7%. A taxa de cobertura em países de alta renda é de 85,6%, em comparação com 11,3% em países de renda média-baixa e 8,6% em países de baixa renda (144). O alcance desses mecanismos varia de país para país; alguns pretendem abranger todas as pessoas com deficiência, enquanto outros recebem apenas grupos específicos, como as crianças com deficiência (145). A proteção social inclusiva para as pessoas com deficiência implica não só proporcionar segurança de rendimento, mas também apoiar a participação e a inclusão na vida social e económica.





Níveis de educação e emprego

O nível socioeconômico mais baixo das pessoas com deficiência é evidenciado por meio de disparidades generalizadas nas taxas de educação e emprego. Dados da UNICEF revelam que, a nível mundial, uma em cada três crianças com deficiência não frequenta a escola, em comparação com uma em cada sete crianças sem deficiência. Mais especificamente, as crianças com deficiência em diferentes idades têm 25% menos probabilidade de frequentar a educação infantil; 16% menos probabilidade de ler ou ser lido em casa; 42% menos propensos a ter habilidades fundamentais de leitura e numeracia; 49% mais propensos a nunca ter frequentado a escola; e 47% mais propensos a não frequentar a escola primária (146). Como tal, não é surpreendente que os adultos com deficiência tenham baixas taxas de alfabetização (137), o que é um dos muitos fatores que dificultam o acesso a informações, ferramentas e recursos de saúde. Estas disparidades estendem-se a todos os níveis do sistema educativo (10, 32, 147), afectando o emprego a mais longo prazo e as oportunidades de gerar rendimento.

Tendências semelhantes podem ser vistas no emprego. Em muitos países, as taxas de desemprego das pessoas com deficiência são mais elevadas do que das pessoas sem deficiência e o rácio emprego/população é, em média, quase o dobro das pessoas sem deficiência (9, 137, 138, 148, 149). Além disso, em todas as regiões, as mulheres com deficiência têm menos probabilidades de serem empregadas do que os homens com deficiência ou as pessoas sem deficiência. Os rácios emprego/população para as mulheres com deficiência são mais baixos no norte de África e no oeste da Ásia (14%), onde as mulheres têm cinco vezes menos probabilidades de serem empregadas do que os homens sem deficiência (137).

As ligações entre as iniquidades em saúde e os níveis mais baixos de educação e emprego estão bem estabelecidas. A falta de educação e o desemprego estão associados à menor expectativa de vida ao nascer e à mortalidade prematura (150). Níveis mais baixos de educação também estão diretamente ligados à menor alfabetização em saúde. Isto conduz a más taxas de vacinação das crianças ou a comportamentos pouco saudáveis entre os adultos, comprometendo assim a sua esperança de vida e os seus resultados de saúde (151).

Os países adoptaram diferentes estratégias para fazer face às disparidades e tornarem ambientes e locais de trabalho educativos mais inclusivos. Um sistema educativo que inclua crianças e jovens com deficiência é um veículo para alcançar o Objetivo 4 dos ODS; a prestação de apoio é fundamental para garantir uma transição para o ensino superior inclusivo e o emprego (152). Um exemplo de uma estratégia educacional inclusiva é a criação de escolas comunitárias inclusivas para pessoas com deficiência para garantir que as crianças com deficiência que vivem em áreas rurais recebam educação (153). Na sala de aula, garantindo diversidade de opções de assentos, como travesseiros de chão, assentos e assentos de bola que se encaixam em vários

Os tamanhos e formas do corpo tornaram os ambientes de aprendizagem mais inclusivos. Educar os professores sobre como incorporar o design universal e outros princípios inclusivos na sala de aula pode tornar os ambientes educacionais capacitadores para todos os alunos (154). No que se refere ao trabalho, demonstrou-se que mesmo as acomodações mais pequenas, como a compra de equipamento e a alteração dos horários de trabalho, conduzem a benefícios substanciais tanto para as pessoas com deficiência como para os empregadores (155). No entanto, apesar destes exemplos de práticas, há poucas provas da sua eficácia e da sua expansão a nível nacional.



Condições de vida

Vários fatores contribuem para as piores condições de vida das pessoas com deficiência em comparação com as pessoas sem deficiência. A habitação inadequada é um fator principal. Em muitos países, os níveis de acesso ao abastecimento de água gerido e à electricidade às condições de habitação são mais baixos para as pessoas com deficiência e os seus agregados familiares do que para as pessoas sem deficiência (137, 156, 157). Além disso, um número desproporcionado de pessoas com deficiência não tem alojamento e está em situação de sem-abrigo (158), ea identificação mostra que cerca de 30% desta população sem-abrigo tem deficiências psicossociais (159). As taxas de sem-abrigo entre as pessoas com deficiência intelectual variam entre 10% e 40%, sendo os homens mais propensos a tornarem-se sem-abrigo numa idade mais avançada do que os women (160). A falta de opções de habitação de base comunitária para pessoas com deficiência (em particular pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas) contribui para a sua institucionalização, que está associada a violações dos direitos humanos e a maus resultados de saúde (161). Muitas vezes, a desinstitucionalização pode contribuir para a falta de moradia entre as pessoas com deficiência, se conduzida sem um processo suave, regulamentado e sistemático, apoio adequado ou acesso a acomodações a preços acessíveis (159). Por exemplo, em Gauteng, África do Sul, em 2017, pelo menos 144 pessoas morreram – incluindo de fome e negligência – depois de receberem alta dos hospitais para cuidados comunitários subfinanciados e pouco qualificados como parte de um programa apressado e mal planeado para a prestação de cuidados de saúde mental (161).

Muitas pessoas com deficiência vivem em instituições. Dados de países de baixa e média renda indicam que 4-15% das pessoas com deficiência vivem atualmente em instituições ou lares especiais (137). As pessoas com deficiência entram frequentemente nestas instituições quando crianças ou adolescentes – por vezes contra a vontade expressa dos seus pais (162, 163) – e permanecem durante toda a sua vida. As condições de vida dos contextos institucionais são muitas vezes inadequadas, sendo prestados serviços regulamentados ou de fraca qualidade (164). Pessoas com autismo ou dificuldades de aprendizagem podem experimentar tratamento intolerável em instituições e pacientes internados

facilidades; podem estar sujeitos a práticas restritivas abusivas, detidos durante longos períodos de tempo em instalações que satisfaçam as suas necessidades, e mantidos a distâncias de distância das suas famílias e amigos (165). Em muitas dificuldades, os cuidados de saúde com deficiências psíquicas ainda são predominantemente providos em instituições de cuidados psiquiátricos (166, 167), onde esses indivíduos são expatriados por uma ampla gama de violações de direitos humanos, incluindo tratamento farsesco e práticas coercitivas e abusos psíquicos, físicos e sexuais (168, 169). Mesmo onde os cuidados são adequados, esses ambientes podem contribuir para a solidão e as famílias isoladas ficam excluídas da comunidade (147).

Solidão e isolamento associados com o lugar de moradia são um determinante para a saúde e bem-estar em pessoas com deficiência. Comparado ao populacional geral, pessoas com deficiência têm menos amigos, menos suporte social e são igualmente socialmente isoladas (170-173). O lugar de moradia tem um impacto enorme e os níveis de isolamento e solidão. Além disso, fatores como desemprego, o tipo de acomodação, além de níveis de acesso a serviços ambientais podem contribuir para taxas mais elevadas de solidão entre pessoas com deficiência (174, 175). Uma grande pesquisa nacional realizada na Alemanha constatou que viver em instituições é associado com níveis de menor satisfação comparado a vivendo em famílias privadas (147); conversamente, viver na comunidade tem um efeito positivo para as pessoas com deficiência em termos de conectividade social.

Finalmente, a insegurança alimentar também tem um impacto desproporcional e os cuidados são dados a pessoas com habilidades (176). Uma porcentagem muito maior de famílias de pessoas com habilidades "de fato sempre têm comida para comer" comparado a famílias sem pessoas com habilidades (137). Dados da UNICEF mostram que as crianças com deficiência são 34% mais prováveis de serem mal alimentadas e 25% mais prováveis de serem desperdiçadas comparado a seus pares com deficiências autistas; baixo peso e baixo crescimento são igualmente prevalentes entre aqueles que vivem em famílias rurais (146). O risco de insegurança alimentar das famílias resulta predominantemente de recursos financeiros reduzidos ou de despesas familiares elevadas (177). No entanto, enquanto as pessoas com deficiência são igualmente prováveis de experimentar a insegurança alimentar e se afastam de não serem capazes de acessar comida (178), eles ainda enfrentam desafios em se reunir em programas de assistência nutricional e alimentar (179, 180).

Os cuidados também contribuem para a saúde negativa entre pessoas com deficiências. A falta de acesso está diretamente ligada a cuidados de saúde de qualidade e acompanhamento entre pessoas com deficiências psíquicas, afetando negativamente a sua saúde (61, 181). Em emergências de segurança alimentar, crianças com

as deficiências têm piores resultados de saúde, incluindo estar abaixo do peso, ter crescimento atrofiado e um índice de massa corporal mais baixo do que aqueles sem deficiência (182). Nas instituições de longa permanência, as más condições de vida podem estar diretamente ligadas à elevada mortalidade entre as pessoas com deficiência, especialmente durante as emergências de saúde (183).

Embora as evidências sejam escassas, existem exemplos de intervenções públicas para abordar as más condições de vida das pessoas com deficiência. Um exemplo é no Ruanda, onde existe um esquema de habitação da comissão de desmobilização e reintegração para ex-penteados com deficiência (184). Este programa governamental, apoiado pelo Banco Mundial e pelos Fundos Fiduciários de Múltiplos Doadores, instigou a construção de centenas de casas residenciais e forneceu uma bolsa mensal para cobrir os custos das necessidades básicas para as pessoas que são atendidas. As unidades habitacionais foram projetadas com o apoio de especialistas internacionais em deficiência e padrões de acessibilidade e reconstrução (185), com base no projeto de habitação de baixo custo. Como resultado, os beneficiários do programa reconheceram a melhoria de suas condições de vida. O modelo adotado em Ruanda foi posteriormente implementado no Burundi.



Transporte

A falta de transporte disponível ou acessível representa uma barreira adicional para as pessoas com deficiência acessarem os serviços de saúde. Factores como a indisponibilidade ou falta de fiabilidade (47, 52–54, 67, 75, 76, 109, 142, 143, 147, 186–192), a falta de alojamento (54, 76, 193, 194) ou os custos de transporte, dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde (47, 52, 54–57, 67, 68, 75, 109, 112, 186, 190, 193, 195–198). Os custos elevados podem ser proibitivos para as pessoas com deficiência no acesso aos serviços, uma vez que podem ter de pagar modos de transporte mais caros, como os táxis ou o aluguer de veículos especializados (57), cobrir as tarifas de transporte para os cuidadores e as pessoas de apoio (196, 197) ou ser cobradas taxas adicionais pelo uso de cadeiras de rodas (198). Outras barreiras relacionadas às restrições de tempo afetam todas as pessoas, mas apresentam uma carga incremental para as pessoas com deficiência, exclusivas de suas deficiências. (189, 199). As pessoas com deficiência também podem sofrer discriminação e preocupações de segurança quando viajam para instalações de saúde; pais de crianças com deficiência intelectual, por exemplo, relataram que o transporte público é inseguro devido ao risco de violência (186). Além dos serviços de saúde, o transporte inacessível também pode dificultar o acesso das pessoas com deficiência a necessidades como alimentação, água ou saneamento (157).



Os ônibus não param se virem que você está em uma cadeira de rodas porque dizem que você perde muito tempo... Há apenas um ônibus acessível, mas é longe da minha casa e a maneira de chegar lá não é acessível".

Angelica, 25 anos, refugiada venezuelana que vive em uma área rural do departamento de Santander, Colômbia

Essas barreiras de transporte têm sido associadas a piores resultados de saúde para pessoas com deficiência. O atraso no acesso aos cuidados (110), a redução do comparecimento às consultas de cuidados (67) ou o aumento da dependência de cuidadores e outros membros da família (47, 52, 75, 112, 201) têm sido associados a piores desfechos de saúde em termos de morbidade e funcionamento. Serviços de transporte complexos ou em várias etapas podem ser limitantes ao uso para pessoas com deficiências cognitivas e também podem resultar em uma porcentagem muito menor de mulheres com dificuldade de aprendizagem sendo rastreadas para câncer de mama em comparação com mulheres sem dificuldade de aprendizagem (202).

As evidências são limitadas sobre intervenções eficazes para abordar as barreiras de transporte para os cuidados de saúde para pessoas com deficiência e concentram-se principalmente na prestação de apoio financeiro para superar os custos adicionais. Na Tanzânia, uma intervenção chamada "TransportMYpatient" utilizou a tecnologia móvel phone para transferir fundos que cobrem os custos de transporte para pessoas com fístulas obstétricas ou com fissura labiopalatina. A iniciativa transportMYpatient viu um aumento de 65% no número de reparos de fístulas realizados em 2010 (203). Tornar o transporte acessível a todos – como é frequentemente o caso em países de alta renda – melhora o acesso, mas não substitui a necessidade de intervenções mais direcionadas para certas populações.



Violência

As pessoas com deficiência têm um risco 1,5 vezes maior de violência do que as pessoas sem deficiência. Os riscos são ainda maiores para pessoas com deficiência intelectual ou psicossocial (204, 205). Nos países de baixo rendimento, uma em cada cinco pessoas com deficiência foi abusada física ou verbalmente devido à sua deficiência (32, 137); tendências semelhantes são também observadas nos países de elevado rendimento. O último relatório do Bureau of Justice Statistics dos EUA mostrou que as pessoas com deficiência foram vítimas de 26% de todos os crimes violentos não fatais; a taxa de vitimização violenta contra elas foi 4 vezes a taxa para pessoas sem deficiência, com uma em cada três vítimas de roubo sendo uma pessoa com deficiência (206). Pessoas com deficiência que vivem em ambientes de saúde e assistência social, particularmente pessoas idosas e com deficiências psicossociais e intelectuais, também podem sofrer negligência, abuso físico e mental e violência sexual (127, 207, 208).

Mulheres e crianças com deficiência estão em maior risco de violência. Por exemplo, quase uma em cada três mulheres sofrerá violência física ou sexual durante a vida (209), com as mulheres com deficiência sendo 2-4 vezes mais propensas a sofrer violência por parceiro íntimo do que aquelas sem deficiência (210). Em todo o mundo, uma em cada seis mulheres idosas sofre abuso, sendo a deficiência um factor de risco maior (211). Nos mesmos contextos afetados por conflito, os homens com deficiência proporcionalmente relatam sofrer violência física ou sexual por parceiro íntimo chegam a 85% (212). Além disso, a prática de esterilização de mulheres e meninas com deficiência é uma prática que legitima reivindicações de "necessidade médica" ou "melhores interesses" no setor da saúde quando, no âmbito dos direitos humanos, é um ato de violência (96, 127, 207, 213, 214). As crianças com deficiência também experimentam níveis mais elevados de violência do que as crianças sem deficiência (um risco quase três vezes maior) (215, 216), incluindo taxas mais elevadas de violência sexual (205). Este risco é mais elevado entre as crianças de grupos socioeconomicamente desfavorecidos (217) ou em contextos de deslocamento e refugiados (218). Há também evidências de que 37% dos piores problemas de saúde em adolescentes com deficiência são explicados pela exposição ao bullying entre pares (219).



Eu tenho 'ataques' ['crises' em francês] – e as pessoas se aproveitam de mim durante esses ataques. É quando os homens vêm me estuprar – eu não conheço nenhum dos pais dos meus filhos." (220)

Mulher refugiada com deficiência, Burundi

Há uma ligação clara entre violência, pior saúde e aumento da mortalidade entre os povos com deficiência. As vítimas de violência sofrem lesões e doenças sexualmente transmissíveis que fazem com que a sua saúde se deteriore. Com estas situações, as pessoas com deficiência, muitas vezes são menos propensas a denunciar a violência e a procurar ajuda médica. Isso pode ser devido a diferentes factores: com deficiência podem não saber que estão sendo abusados ou sofrendo maus-tratos; eles podem ser dependentes do agressor, ou temer perder seu parceiro ou filhos; eles podem temer discriminações e estigmatizantes por membros da família, prestadores de serviços e a comunidade em geral, ou temer institucionalização. Além disso, pode haver uma falta de triagem de esgoto ou falta de acesso a informações sobre serviços de prevenção ou proteção; ou eles podem não estar cientes de seus direitos e das leis para sua proteção. As mulheres com deficiência também enfrentam uma série de barreiras físicas, de recursos e atitudinais quando buscam apoio, incluindo não serem ouvidas ou acreditadas ao revelar sua experiência (220, 221). O não acesso aos cuidados de saúde pode muitas vezes levar a uma piora dos resultados de saúde, incluindo contemplação ou tentativa de suicídio (222). Eles podem experimentar estrias pós-traumáticas após o ato de violência; o cuidado com essa condição é muitas vezes dificultado pela falta de acessibilidade

às ferramentas de diagnóstico; pode não ser reconhecida pelos profissionais de saúde e, portanto, não ser abordada (223).

Muitas das intervenções para prevenir o abuso ou a violência contra as mulheres com deficiência carecem de avaliação da eficácia. Geralmente, eles se concentram na conscientização e no desenvolvimento de habilidades e são projetados principalmente para mulheres com deficiência intelectual, suas pessoas de apoio e prestadores de serviços. Os programas visam aumentar a conscientização sobre o abuso, educar os participantes sobre como evitar situações perigosas, fornecer informações que promovam a segurança e aumentar o empoderamento e a autodeterminação (221). No entanto, sem uma avaliação adequada, não há evidências robustas de que essas intervenções impactem a incidência ou a perpetração de violência contra mulheres e meninas com deficiências.



Impacto climático

Os perigos relacionados com as alterações climáticas agravam as vulnerabilidades das pessoas com deficiência. Durante desastres provocados pelo clima, as pessoas com deficiência podem ser menos capazes de escapar dos perigos, perder medicamentos essenciais ou produtos de assistência, como óculos ou próteses, ser deixadas para trás quando uma comunidade é forçada a evacuar ou ter maior dificuldade em acessar necessidades básicas, incluindo alimentos, água, abrigo e serviços de saúde (224). Descobertas recentes de Kiribati, Ilhas Salomão e Tuvalu mostraram que, após eventos de desastres, como ciclones, inundações, marés-rei e tempestades severas, as pessoas com deficiência podem enfrentar barreiras adicionais na migração, como não receber vistos, não ser autorizado a atravessar fronteiras e barreiras na inscrição em programas de proteção social ou cuidados de saúde (225). Além disso, na sequência de um evento, as pessoas com deficiência tendem frequentemente a encontrar maiores dificuldades em obter recursos adicionais ou em recuperar das suas perdas em comparação com as pessoas sem deficiência (226).





Eventos climáticos adversos impactam diretamente a saúde das pessoas com deficiência. Devido à sua exclusão geral das políticas, planos e programas de redução do risco de catástrofes, as pessoas com deficiência correm frequentemente um maior risco de morte, ferimentos e deficiências adicionais (227). Além disso, ao encontrarem dificuldades no acesso a instalações básicas de água, abrigo ou cuidados de saúde na sequência de uma catástrofe, é provável que as pessoas com deficiência sofram complicações de saúde que são exclusivas da sua deficiência e prejudiciais à sua saúde. Estes podem incluir complicações de saúde adicionais relacionadas com a sua condição de saúde subjacente ou deficiência (226), perda ou dano de produtos de assistência que são essenciais para o seu funcionamento, ou acesso interrompido tanto ao marisco como a cuidados de saúde especializados (228). As evidências mostram que os desastres provocados pelo clima, como as ondas de calor, colocam as pessoas com deficiência em maior risco de mortalidade e morbidade relacionadas ao calor (229).

Existem alguns exemplos de intervenções para prevenir ou mitigar o impacto do clima nas pessoas com deficiência. A maioria dessas intervenções é impulsionada por ONGs. Estes poderiam incluir treinamentos comunitários com ênfase especial no empoderamento de pessoas com deficiência para participar ativamente do processo de gerenciamento de riscos em sua comunidade. Campanhas de sensibilização, desenvolvimento de materiais de formação e outras iniciativas de apoio

a inclusão de pessoas com deficiência tem sido implementada em vários países. Em termos de mitigação, as práticas que abordam os riscos relacionados com o clima tendem a enfatizar os ajustamentos à infraestrutura e a aumentar a resiliência da comunidade e do indivíduo através de iniciativas de subsistência sustentável e de segurança financeira (230). No entanto, apesar desses exemplos, poucos países fazem provisões para as necessidades das pessoas com deficiência ao planejar a adaptação aos efeitos das mudanças climáticas. Até à data, nenhum país inclui as pessoas com deficiência nos seus programas de redução das emissões de gases com efeito de estufa (231).



Fatores de interseção

Além dos determinantes descritos acima, diferentes fatores de interseção contribuem para as iniquidades em saúde em pessoas com deficiência. Estes factores incluem aspectos das identidades sociais dos indivíduos, tais como a raça, a identidade de género, a orientação sexual e o estatuto de refugiado ou migrante, que, em interacção com diferentes factores estruturais – por exemplo, os estabelecidos por leis e políticas – moldam a saúde das pessoas com deficiência. A seção abaixo fornece exemplos de alguns dos fatores de interseção mais proeminentes.

A desigualdade de género contribui para piores resultados de saúde experimentados por mulheres com deficiência. Globalmente, em todos os determinantes sociais da saúde, as mulheres com deficiência permanecem em desvantagem em comparação com os homens com deficiência. Dados desagregados das Nações Unidas destacam que as mulheres têm três vezes mais chances de serem analfabetas; duas vezes menos probabilidade de ser empregado; duas vezes menos probabilidade de utilizar a Internet; e, portanto, sem surpresa, também são três vezes mais propensas a ter necessidades não atendidas de cuidados de saúde (137). A desigualdade de género aumenta o risco de violência em pessoas com deficiência, especialmente mulheres e raparigas com deficiência e pessoas não conformes com o género com deficiência (218, 232). Há também disparidades de género no acesso aos serviços de saúde; um bom exemplo disso são os cuidados com os olhos, onde as mulheres são significativamente menos propensas a se submeter à cirurgia de catarata do que os homens (233, 234). Essa desigualdade de género no uso de serviços oftalmológicos pode ser explicada por uma série de fatores socioeconômicos e culturais, incluindo maiores desafios para as mulheres em viajar para os serviços de saúde devido ao poder limitado de tomada de decisão financeira ou à experiência mínima em viajar para fora de sua comunidade (235, 236).

Pessoas com deficiência de grupos minoritários sexuais e de género experimentam barreiras adicionais no acesso aos cuidados de saúde. Isto é muitas vezes o resultado das suas múltiplas identidades e das muitas camadas de discriminação que enfrentam (237). Jovens com deficiência que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, trans, queer

ou questionamento, intersexuais, assexuais ou não-binários (LGBTQIA+) estão em maior risco de vários desfechos. Em comparação com seus pares, eles são mais de duas vezes mais propensos a sofrer de depressão; mais de quatro vezes mais chances de tentativa de suicídio; dois a cinco indivíduos mais propensos a abusar de substâncias; sofrer bullying duas vezes mais frequentemente; e têm um risco três vezes maior de serem agredidos sexualmente (238). A estigmatização e a discriminação vivenciadas pelas pessoas com deficiência que se identificam como LGBTQIA+ quando frequentam os serviços de saúde, podem afetar negativamente sua qualidade de atendimento e, conseqüentemente, seus comportamentos de busca de saúde(239). As necessidades de saúde sexual muitas vezes não são consideradas pelos prestadores de serviços, com as pessoas com deficiência intelectual relatando que são obrigadas a "sentir-se invisíveis" em termos de sua identidade gay" (240).



O ageism também é um fator de interseção que requer atenção. A infância e a deficiência podem constituir uma dupla vulnerabilidade, particularmente a primeira infância, quando as crianças pequenas dependem de adultos para serem cuidadas. Evidências mostram que essa vulnerabilidade é aumentada para crianças com deficiência que são mais desfavorecidas do que crianças sem deficiência em termos de acesso a serviços de saúde, reabilitação, estado nutricional e educação. As crianças com deficiência também são propensas a experimentar taxas mais altas de punição corporal, percebem que estão sendo discriminadas e têm sentimentos de infelicidade. (146).

Para as pessoas idosas com deficiência, o preconceito de idade é um fator de interseção que pode resultar em discriminação e violações dos direitos humanos. Às pessoas idosas com deficiência é frequentemente negada a sua autonomia, e o seu papel na comunidade é descartado como irrelevante e oneroso (241). Eles estão mais em risco de desenvolver DNTs devido a condições de saúde subjacentes, necessidades de saúde não atendidas, maiores níveis de pobreza e exclusão de serviços. Trata-se de uma questão importante, tendo em conta o aumento previsto do envelhecimento da população nas próximas décadas.

A raça é outro fator de interseção com a discriminação racial que afeta os resultados de saúde para pessoas com deficiência. Nos Estados Unidos, as pessoas com deficiências intelectuais ou de desenvolvimento de populações negras e latinas têm menos renda e educação são mais propensas a não ter seguro médico em comparação com pessoas brancas com deficiências intelectuais e de desenvolvimento (242). Isso compromete o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência que recebem. Verificou-se também que o viés racial influencia o cuidado prestado a pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais, com relatos mostrando taxas mais altas de internações involuntárias entre aqueles que são de origem étnica negra africana e negra caribenha (243).

As pessoas indígenas com deficiência muitas vezes sofrem múltiplas discriminações e enfrentam barreiras para o pleno gozo de sua saúde, com base em seu status indígena e na deficiência. Atualmente, há pouca informação sobre as populações indígenas com deficiência; no entanto, as evidências disponíveis mostram que as crianças indígenas são mais de duas vezes mais propensas a ter uma deficiência do que as crianças não indígenas, com a proporção sendo ainda maior entre os adultos (244). Os povos indígenas podem enfrentar desafios no seu dia-a-dia, tais como o acesso aos serviços de saúde, devido ao facto de viverem frequentemente em áreas remotas, onde os cuidados de saúde não estão disponíveis ou a comunicação com os profissionais de saúde e de cuidados de saúde é um obstáculo. Esses desafios são agravados por camadas adicionais de discriminação em relação à sua origem indígena e deficiência (245).

Ser um imigrante, um refugiado, uma pessoa deslocada internamente ou um requerente de asilo com deficiência contribui para a experiência de iniquidades em saúde. Esses grupos podem enfrentar um isolamento social adicional em sua nova comunidade (74). As barreiras linguísticas, de comunicação e culturais (71, 73, 74) e a falta de formação linguística e cultural entre os prestadores de cuidados de saúde (73) influenciam negativamente os comportamentos de procura de cuidados de saúde e a qualidade dos cuidados prestados aos refugiados emigrantes com deficiência. Muitas vezes relatam o medo de não serem compreendidos pelos profissionais de saúde (71) ou sentem que não devem solicitar serviços de saúde (73), o que leva a piores resultados de saúde em comparação com a população geral. Além disso, refugiados, requerentes de asilo e apátridas com deficiência são frequentemente excluídos dos sistemas e planos nacionais de saúde e não podem

receber os serviços de reabilitação ou os produtos de assistência de que necessitam (246). O deslocamento relacionado a conflitos, quando as pessoas são forçadas a fugir, tem efeitos significativos no acesso a serviços essenciais, incluindo alimentos, água, saneamento, abrigo e cuidados de saúde durante as diferentes fases do deslocamento. É importante notar que as populações que estão em maior risco, como as pessoas com deficiência, podem ser incapazes de fugir ou podem optar por ficar para trás; se estiverem em movimento, terão dificuldades em satisfazer as suas necessidades imediatas e contínuas (247).

2.2.3 Fatores de risco

Diferentes fatores de risco para a saúde afetam desproporcionalmente as pessoas com deficiência. Fatores de risco como inatividade física, sobrepeso e obesidade, má alimentação, tabagismo e uso de drogas e consumo de álcool geralmente começam muito cedo e são fatores críticos para o desenvolvimento de DCNT na idade adulta (248). Em termos de inatividade física, os adultos com deficiência são significativamente mais propensos a serem fisicamente inativos em comparação com as pessoas sem deficiência (7, 9, 10); isso é observado desde uma idade muito precoce, pois crianças e adolescentes com deficiência participam muito menos de atividades esportivas, em comparação com aqueles sem deficiência (249). A má alimentação é frequentemente associada à falta de meios financeiros e evidências sugerem que as pessoas com deficiência, particularmente crianças com deficiência, muitas vezes têm taxas mais altas de má nutrição (146, 176), que podem se manifestar às vezes em níveis mais altos de obesidade (138, 250). As Olimpíadas Especiais encontraram taxas mais altas de obesidade entre os participantes das Olimpíadas Especiais com deficiência intelectual e a população em geral globalmente (251).



Meu direito de praticar esportes, de praticar atividade física, ajudou muito minha saúde física e mental."

Atleta das Olimpíadas Especiais na Conferência da CDPD para os Estados Partes Evento

As pessoas com deficiência consomem desproporcionalmente produtos do tabaco (252), com estudos a mostrarem que mais de um quarto dos adultos com deficiência consomem atualmente tabaco, em comparação com 13% entre os adultos com deficiências (138). A prevalência do uso de tabaco entre as mulheres com deficiência é ainda maior (9, 10). As prevalências de consumo de álcool e uso de substâncias também são maiores entre as pessoas com deficiência (15, 18). É importante notar que muitas vezes esses fatores de risco são resultado de outros determinantes da saúde, como circunstâncias econômicas e nível de educação de um indivíduo. Por exemplo, maiores meios financeiros podem permitir que as pessoas comprem alimentos mais saudáveis ou tenham os meios para se exercitar (253, 254).



Tenho pressão alta e tenho problemas para obter medicação para isso, pois não há protocolo de tratamento para pessoas com deficiência [durante a pandemia], mas nunca houve... O acesso à telemedicina não é uma opção para todos [devido aos custos proibitivos dos planos de telefonia móvel]" (255)

Juan Carlos, pessoa com deficiência e ativista, Equador.

As pessoas com deficiência também estão expostas, em maior medida, a fatores de risco ambientais, como a poluição do ar ou lesões no trânsito. Evidências do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte mostram que as crianças com deficiência intelectual são, em média, 30% mais propensas a viver em áreas com poluição do ar ao ar livre por toxinas como partículas de diesel, dióxido de nitrogênio, monóxido de carbono ou dióxido de enxofre, em comparação com crianças sem deficiência intelectual (156). Essa exposição está em grande parte associada aos níveis mais altos de pobreza entre esses grupos. As pessoas com deficiência também correm um risco mais elevado de lesões não fatais não intencionais resultantes de acidentes de viação (256).

Todos esses fatores de risco têm um efeito terrível na saúde das pessoas com deficiência. O aumento das DNT, que muitas vezes são as condições subjacentes para pessoas com deficiência, tem sido impulsionado principalmente por quatro fatores de risco principais: uso de tabaco, inatividade física, uso nocivo de álcool e dietas pouco saudáveis. As DNT, incluindo doenças cardíacas, derrames, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas, são coletivamente responsáveis por mais de 70% de todas as mortes em todo o mundo (257). A maior exposição a fatores de risco para pessoas com deficiência diminuiu a probabilidade de desenvolver condições secundárias de saúde.

Uma das principais razões pelas quais as pessoas com deficiência têm maior exposição a fatores de risco é que as intervenções de saúde pública muitas vezes não são inclusivas. As campanhas de prevenção e promoção da saúde que visam abordar a saúde da população através da redução do impacto dos fatores de risco muitas vezes não chegam às pessoas com deficiência. Há várias razões para isso. Em primeiro lugar, a informação em saúde pública pode ser fornecida num formato que não seja acessível (258-260), ou não adaptada às necessidades das pessoas com deficiência (194, 261, 262), ou distribuída em locais e espaços não acessíveis por pessoas com deficiência (258, 263). Em segundo lugar, as intervenções de saúde pública que têm lugar em sessões de grupo ou em instalações específicas podem exigir viagens para participar. A falta de transporte adequado e acessível pode criar barreiras para as pessoas com deficiência (192, 194, 195, 258, 260, 264). Em terceiro lugar, o ambiente físico é uma barreira significativa. Espaços inacessíveis, como instalações de fitness, equipamentos de fitness (135, 195, 259, 265, 266) e abastecimento limitado ou nenhum abastecimento de água em sua casa (119, 135, 267) podem dificultar a participação de pessoas com deficiência em intervenções de saúde pública.

Não identificar necessidades específicas que as pessoas com deficiência da fase de planejamento e projeto pode excluir muitos de participar da saúde pública

Intervenções. Por exemplo, o treinamento de habilidades de natação é uma intervenção importante para a prevenção de afogamento e, embora seja desejável que as crianças com deficiência recebam treinamento sempre que possível, elas são frequentemente excluídas de receber a intervenção. Para acomodar com segurança quaisquer necessidades específicas, se for caso disso, apoio adicional, classes mais pequenas ou ajudas de flutuabilidade, é necessário determinar previamente essas necessidades. A OMS publicou uma orientação prática que destaca a importância de identificar essas necessidades para as crianças com deficiência ao proporcionar treinamento de habilidades de natação¹³.

Fatores relacionados ao sistema de saúde também podem ter uma grande influência. Os profissionais de saúde e de saúde podem reduzir o acesso a intervenções de saúde pública fazendo suposições sobre a adequação do encaminhamento ou das recomendações. Pessoas com deficiências psicossociais e intelectuais estão entre os grupos menos propensos a receber intervenções para a cessação do tabagismo (268-271) ou controle de peso (263, 272), respectivamente, devido à incompreensão dos benefícios percebidos de tais campanhas em pessoas com deficiência. Além disso, a falta de dados sobre o impacto das intervenções de saúde pública para as pessoas com deficiência e o mau registro da deficiência naqueles que acessam uma intervenção reforçam a falta de inclusão da deficiência nesses ambientes (85, 119, 120, 131, 136, 259, 267, 269, 273).

Há, no entanto, esforços documentados para incluir pessoas com deficiência em intervenções de saúde pública intersectoriais que abordam os fatores de risco para a saúde. Estes esforços têm realçado a importância de adaptar e individualizar as actividades às competências e preferências das pessoas com deficiência. A maioria desses exemplos está relacionada à promoção de uma dieta saudável e actividade física em países de alta renda. As diferentes estratégias para a inclusão de pessoas com deficiência incluem instrutores adaptando seu estilo de entrega às necessidades dos participantes (274-277) ou permitindo que o participante determine algum aspecto da intervenção (por exemplo, duração da sessão, tipo de actividade, ritmo e intensidade da actividade) (278-285).

A individualização desses tipos de intervenções de saúde pública aumenta a participação, o prazer ou a adesão ao longo do tempo entre os participantes com deficiência (276, 281-284). Tais práticas estão alinhadas com uma "habilidade-abordagem baseada" comumente adotada quando se trabalha com crianças com deficiência (286). Por exemplo, abordagens baseadas em habilidades construídas em torno de objetivos de grupo e interesses comuns, actividades cooperativas, instrução individualizada, adaptações e actividades desafiadoras, podem ter efeitos benéficos para crianças com deficiência. Isto inclui a melhoria das capacidades físicas e o desenvolvimento psicossocial positivo (275).

¹³ Prevenção do afogamento: orientação prática para a prestação de cuidados diários, habilidades básicas de natação e segurança na água e treinamento seguro de resgate e ressuscitação. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.

2.2.4 Sistema de saúde

História pessoal

O desafio da atenção à saúde bucal para pessoas com deficiência



Para Philippe Aubert, 42, que procura cuidados de saúde oral

tem sido um desafio. Philippe, da França, tem paralisia cerebral atetótica (PC), que causa movimentos involuntários que o impedem de andar, falar ou usar

"Muitos detalhes simples, incluindo a textura dos assentos... a luz, o barulho da broca dentária e até mesmo o cheiro típico de uma clínica odontológica podem facilmente desencadear espasticidade, ansiedade ou outros sintomas para um paciente com PC", explica Philippe.

Algumas visitas fizeram com que ele se sentisse inseguro e relutante em retornar. "Uma vez eu quase me engasguei com um filme de raios-x dental colocado na minha boca e quase destruí a cadeira odontológica... por causa dos movimentos involuntários desencadeados pelo procedimento".

Seus dentes foram um problema por um longo tempo. "Devido ao bruxismo pronunciado (ranger de dentes habitual), eu tinha quase moído todos os meus dentes. Eu tinha sérias dificuldades para mastigar e comer."

Philippe acredita firmemente que a atitude e as habilidades da equipe odontológica – que geralmente conhecem suas necessidades – são cruciais para atender com sucesso às necessidades das pessoas com deficiência. Ele pediu treinamento eficaz e "relacionamentos respeitosos" suportados por "ter tempo para ouvir [os pacientes] e entender suas necessidades".

Philippe finalmente encontrou uma organização sem fins lucrativos, Handident, onde foi calorosamente recebido. "Eu tive que ir ao extremo da reabilitação bucal completa para [que eu pudesse reivindicar, uma](#) apreciação d', minha boca [e dentes](#)", diz ele. [Esses dentistas](#) "enforcaram minha vida".

[O livro de Philippe, Raiva de existir](#), levou-o a tornar-se uma figura pública [que destaca a experiência das pessoas](#) com deficiência. Suas palavras [são](#) "faladas" através de um sintetizador de fala controlado por seu olhar. "Eu [não](#) [falo desde o nascimento! Minha boca](#) e dentes me ajudaram a comer, [não a me](#) [comunicar. Hoje, minha boca](#) desempenha um papel essencial na minha [comunicação e na minha estética](#)", diz h e com um sorriso brilhante.

Foto: © Philippe Aubert



Saúde e cuidados workforce

A falta de conhecimento, habilidades e competências por parte dos profissionais de saúde e cuidados sobre as necessidades das pessoas com deficiência representa uma das barreiras mais difundidas e impactantes no setor da saúde. Em primeiro lugar, verifica-se frequentemente uma falta de conhecimentos, problemas e competências relacionados com o cuidado de pessoas com condições específicas, incluindo condições de saúde mental (124), autismo (49, 287, 288) ou doenças novas e raras (70, 289) que estão associadas a níveis significativos de incapacidade (por exemplo, síndrome de Zika congénita) (54, 59, 60, 115, 290-292), bem como o manejo da medicação para algumas dessas condições (49, 293). Uma pesquisa recente nos Estados Unidos descobriu que apenas 41% dos médicos praticantes relataram que estavam "muito confiantes" sobre sua capacidade de fornecer a mesma qualidade de atendimento a pessoas com deficiência que aqueles sem (294). Em segundo lugar, os profissionais de saúde e cuidados podem não estar cientes das políticas, evidências ou diretrizes relativas à inclusão de pessoas com deficiência ou serviços relacionados à deficiência (51, 70, 109, 116, 190, 295, 296). Em terceiro lugar, muitas vezes há uma falha em reconhecer as comorbidades, bem como toda a gama de barreiras que podem dificultar o acesso e a participação das pessoas com deficiência em intervenções que promovam a saúde e previnam a doença (261, 269, 297-299). Por fim, em emergências, os profissionais de saúde e assistência podem não ter a capacidade de adaptar medidas genéricas de saúde pública por meio de análise de risco individualizada. Por exemplo, regulamentos genéricos que restringem o movimento, o contato físico e os visitantes a hospitais e instalações residenciais podem levar a pessoas com deficiência a serem isoladas e sem assistência para comunicação ou apoio psicossocial (300-302).



Se não tivermos uma chance, é completamente desesperador; mas quando obtemos um emprego, podemos mostrar o que podemos fazer, que temos a capacidade de fazer um trabalho independentemente da deficiência que temos e fazê-lo tão bem quanto uma pessoa sem deficiência."

A escassez de recursos humanos qualificados também representa um desafio. Em muitos países com diferentes níveis de rendimento, a capacidade de prestação de reabilitação não satisfaz as necessidades existentes, em grande parte devido à falta de trabalhadores de reabilitação qualificados ou de equipamento essencial para a prestação de serviços. Na África Austral, por exemplo, apenas 26% das pessoas com deficiência recebem a reabilitação de que necessitam (303). Outra questão significativa é que as pessoas com deficiência não são uma parte ativa da força de trabalho de saúde e cuidados. Nos Estados Unidos, apenas 2,7% dos estudantes de medicina revelam que têm uma deficiência, o que é muito menor do que a proporção de pessoas com deficiência na população (304).

A falta de acomodações muitas vezes leva a uma comunicação deficiente entre os profissionais de saúde e as pessoas com deficiência, com alguns enfrentando barreiras de comunicação, dificultando a expressão de suas necessidades sem acomodações apropriadas. Estes incluem pessoas com deficiências cognitivas, dificuldades de fala, aqueles que são surdos ou com audição; adultos com autismo que não têm habilidades verbais ou aqueles com deficiência intelectual concomitante ou deficiências psicossociais (49, 56, 61, 79, 295, 305-307). Além disso, os profissionais de saúde e de cuidados não podem estar equipados com as habilidades práticas apropriadas para se comunicar efetivamente com pessoas com deficiência, ou ter o conhecimento de certos métodos e abordagens de comunicação (51, 53, 54, 60, 62, 67, 70, 71, 73, 75, 109, 113, 114, 181, 289, 293, 295, 306-316). Embora as acomodações possam exigir mais tempo para serem adotadas nos horários de consulta padrão (73, 296, 315, 317), muitas vezes aquelas que são simples, como aproximar-se de uma pessoa e olhar para ela, ou usar meios alternativos para se comunicar com pessoas cujos aparelhos auditivos foram removidos para um procedimento, podem facilitar uma comunicação mais suave (50, 60, 63, 123, 129, 306, 311, 313, 315, 317-320).

Os profissionais de saúde e de cuidados também podem ter atitudes e crenças negativas da sociedade sobre as pessoas com deficiência, que podem se manifestar em práticas discriminatórias.

(51-54, 58, 60-62, 65, 70, 75, 77, 109, 110, 114-116, 122, 123, 181, 193, 289, 291, 292, 295, 306, 310-313, 315, 319, 321-323). Tais práticas incluem: prestadores que recusam serviços de saúde a pessoas com deficiência (52, 75, 324), o uso de linguagem depreciativa ou ofensiva (51, 54) ou consideram as mulheres com deficiência como "assexuais" (54, 319, 325, 326). As práticas discriminatórias também podem envolver esterilização forçada (129, 327-329), suposições negativas sobre a capacidade dos indivíduos com deficiência de se envolverem ou tomarem decisões sobre seus próprios cuidados (58, 77, 181, 187, 199, 291, 292, 308, 315), soba mineração de sua autonomia e independência (62, 110, 258, 263, 269-272, 315, 320, 330, 331) ou demonstrando falta de compreensão e respeito). (61, 63, 70, 232, 309, 310, 315, 320, 332). As crenças negativas e falsas relativas às pessoas com perturbações psicossociais – por exemplo, que são perigosas, um risco para si próprias ou para os outros, ou que não podem tomar decisões por si próprias – podem conduzir a práticas coercivas, incluindo a admissão involuntária, o tratamento, a reclusão e a contenção (161).



Eu acho que a coisa de dessexualizar e infantilizar é tão grande, tipo, eles... tipo, os profissionais de saúde meio que assumem que você não está fazendo sexo." (333)

Jovem com deficiência, Canadá

Todos os fatores acima podem exacerbar as iniquidades em saúde em pessoas com deficiência. A falta de conhecimentos e competências ou a falta de comunicação dos profissionais de saúde e de prestação de cuidados estão diretamente ligadas a vários fatores, incluindo o acesso dificultado aos serviços ou o atraso no tratamento das pessoas com deficiência; menos oportunidades de divulgar e procurar apoio; um risco adicional de comportamentos insalubres; um impacto negativo nos comportamentos de procura de saúde; má qualidade dos cuidados; e maus resultados clínicos globais (52, 63, 73, 75, 79, 187, 191, 193, 309, 313, 317, 320) (47–49, 51, 53, 55, 56, 58, 60, 62, 63, 65, 67, 70, 73, 75, 80, 112, 114, 115, 122–124, 181, 187, 189, 190, 193, 199, 291–293, 295, 296, 305–310, 313, 314, 319–321, 334). A estigmatização do peso corporal e da obesidade em ambientes de cuidados de saúde pode ser generalizado; pessoas com deficiência com obesidade podem ser estigmatizadas, desrespeitadas e, em alguns casos, discriminadas por falta de acesso equitativo aos cuidados (335). Isso muitas vezes causa estresse e evitação de cuidados com o rei, desconfiança dos médicos e baixa adesão aos programas de cuidados entre os pacientes com obesidade, levando a piores resultados de saúde e enfatizando a importância de treinamento e educação adequados para os profissionais de saúde e cuidados (336). As pessoas com deficiência também podem ser privadas de transplante de órgãos com base em falsas suposições sobre a probabilidade de falha do transplante devido à incapacidade do receptor; a negação do transplante de órgãos potencialmente prolonga está diretamente ligada à mortalidade (241).

Embora existam exemplos de intervenções para aumentar a conscientização, o conhecimento e as habilidades sobre questões relacionadas à deficiência entre os profissionais de saúde e de cuidados, muito pouco se sabe sobre sua eficácia. Embora uma série de iniciativas educacionais tenha demonstrado aumentar o conhecimento e as habilidades (337–344), há lacunas na evidência de como essas iniciativas se traduzem em mudanças de comportamentos e práticas. Além disso, as intervenções são frequentemente desenvolvidas e entregues por profissionais de saúde sem o envolvimento de pessoas com deficiência e podem não refletir uma abordagem baseada nos direitos humanos e em consonância com a CDPD (344, 345). Um mecanismo para abordar as iniquidades em saúde é que os estudantes e estagiários com deficiência sejam incluídos na educação médica, pois podem ter empatia com os pacientes e servir de exemplo para seus pares (346).



Ele (um profissional de saúde) não me ensinou apenas o que ele tinha aprendido em livros ou cursos. Ele ouviu e nós trabalhamos em um plano. Ele me perguntou como eu estava me sentindo. Isso ajudou."



A Iniciativa QualityRights da OMS é um bom exemplo de uma intervenção que envolve pessoas com deficiências psicossociais e suas organizações representativas, e inclui a concepção e a prestação de treinamento. A Iniciativa QualityRights da OMS visa promover os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais, institucionais e cognitivas em todo o mundo através da mudança de atitudes dos formuladores de políticas, profissionais de saúde mental e outras partes interessadas. A iniciativa trabalha no nível do solo para mudar atitudes e práticas diretamente, bem como através de políticas para criar mudanças sustentáveis. As pessoas com deficiência e suas organizações são atores centrais em todos os aspectos da Iniciativa QualityRights, desde a sua concepção até a sua implementação.

Como parte da iniciativa, a OMS desenvolveu o treinamento QualityRights com base na CDPD das Nações Unidas. A formação proporciona aos profissionais de saúde, decisores políticos, prestadores de cuidados, membros da comunidade e pessoas com experiência de deficiência com as competências necessárias para defender uma abordagem da saúde mental baseada nos direitos humanos e para apoiar pessoas com deficiência a defenderem os seus direitos. A primeira implementação em larga escala e avaliação sistemática foi realizada em Gujarat, na Índia, e mostrou melhorias nas atitudes dos profissionais de saúde em relação às pessoas com condições de saúde mental; os usuários do serviço se sentiram mais empoderados e satisfeitos com os serviços prestados (347). A iniciativa lançou mais recentemente seu programa de treinamento eletrônico QualityRights, que permitiu à OMS alcançar, envolver e treinar dezenas de milhares de pessoas em todo o mundo. A avaliação contínua da formação em linha revela um impacto altamente significativo em termos de redução da estigmatização e da discriminação e de mudança de atitudes em relação à deficiência, incluindo questões desafiantes como a capacidade jurídica e o direito de decisão, o fim das práticas coercivas, da escolha e da informação sobre o tratamento e o direito à inclusão comunitária (348). A iniciativa está atualmente implementada em vários países, incluindo Arménia, Bósnia e Herzegovina, República Checa, Estónia, Gana (ver [caixa 9](#)), Itália, Quênia, Líbano, Filipinas, Polónia, Türkiye, Ucrânia e Zimbabué (347, 349).

QualidadeDireitos para as pessoas com deficiência psicossocial no Gana

Em fevereiro de 2019, a OMS, em colaboração com o Ministério da Saúde de Gana e 12 organizações da sociedade civil, lançou o QualityRights in Mental Health, Gana, com o objetivo de implementar a iniciativa em todo o país. A iniciativa da OMS inclui a divulgação do programa de formação electrónica QualityRights sobre saúde mental, recuperação e inclusão comunitária entre as partes interessadas nacionais, incluindo profissionais de saúde e de saúde mental, decisores políticos, pessoas com experiência vivida de deficiência e suas famílias, organizações de pessoas com deficiência, organização baseada na fé, senhorias, professores, policiais e jornalistas. Os objectivos do projecto são: i) desenvolver capacidades e mudar atitudes entre as diferentes partes interessadas nacionais, a fim de promover e respeitar os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais e intelectuais; e ii) transformar a saúde mental e os serviços sociais para promover cuidados e apoio aceitáveis, de boa qualidade, que satisfaçam as necessidades das pessoas e respeitem a sua dignidade e direitos.

Até à data, dezenas de milhares de partes interessadas nacionais foram formadas; os organismos das profissões da saúde acreditaram a formação QualityRights como curso de Desenvolvimento Contínuo da Profissão no seu currículo; e, em maio de 2021, o Gana lançou a sua nova "Política de Saúde Mental 2019-2030: Garantindo uma População Mentalmente Saudável"— uma política que descreve áreas-chave de ação para promover os direitos humanos das pessoas com deficiências psicossociais.



Sistemas de informação em saúde

Em todos os níveis de atenção à saúde, é evidente que a deficiência tem sido amplamente subpriorizada nos sistemas nacionais de informação em saúde (SIH). O método de operação do HIS é muito complexo, devido aos planeadores de saúde e tomadores de decisão que precisam de diferentes tipos de informações. A informação baseia-se em quatro componentes principais: i) *insumos* para o sistema de saúde; estes vão desde políticas e infraestrutura de saúde até custos e recursos humanos; ii) *resultados*, em termos de disponibilidade de intervenções ou qualidade do serviço; iii) *resultados*, como a cobertura de intervenções em saúde; e iv) *impacto* em termos de melhoria dos resultados de saúde. Tal como discutido anteriormente no relatório, a informação sobre a saúde é muito limitada.

desigualdades para os indivíduos com deficiência, e os dados devem ser recolhidos ao nível do impacto do SIH. De maior preocupação, no entanto, é a falta de informações sobre os impulsionadores dessas desigualdades – ou seja, dados que o HIS capturaria os níveis de entradas, saídas e resultados. Sem evidências sobre se existem políticas, ou se a infraestrutura é acessível, ou a cobertura de intervenções é desigual, é difícil determinar por que os resultados de saúde para pessoas com deficiência são mais pobres do que aqueles para populações em geral.

Embora a desagregação de dados sobre a deficiência seja importante a nível dos resultados e do impacto – por exemplo, para compreender se as pessoas com deficiência recebem menos serviços ou morrem mais cedo em comparação com a população em geral – as informações a nível de entrada e de saída podem ser recolhidas através de outras fontes. Os dados nos níveis de entrada e saída relacionam-se com a forma como o sistema de saúde é construído e estruturado e como os diferentes blocos de construção operam. Esta informação pode e deve ser captada através de fontes administrativas, de avaliação das instalações ou de outros sectores.

Até onde sabemos, nenhum país coleta sistematicamente informações entre entradas, saídas, resultados e impacto para obter uma imagem abrangente das iniquidades em saúde experimentadas pelas pessoas com deficiência e seus impulsionadores. Essa falta de dados sobre deficiência no SIS contribui para a persistência das iniquidades em saúde das pessoas com deficiência. Sem medições, é difícil entender a magnitude das iniquidades em saúde, o que as impulsiona e o que pode ser feito para aumentá-las. Quando não integrada ao SIH, a deficiência torna-se "invisível" e pouco priorizada no setor saúde.



Financiamento dos sistemas de saúde

Os programas de cobertura de saúde, principalmente em países de baixa e média renda, podem não cobrir totalmente as necessidades de saúde das pessoas com deficiência e de suas famílias. Um bom exemplo é a cobertura de serviços de reabilitação, que são fundamentais para as pessoas com deficiência. A crença errônea de que a reabilitação é um acréscimo caro e luxuoso aos serviços essenciais de saúde fez com que ela fosse subvalorizada no financiamento e desenvolvimento dos sistemas de saúde. Embora a reabilitação desempenhe um papel crítico na otimização dos resultados de saúde para aqueles que a recebem, os avanços no campo ficaram atrás daqueles em outras áreas de saúde (303).

Além disso, as adaptações razoáveis são frequentemente omitidas de tais regimes, e mesmo as pessoas com deficiência podem ser excluídas com base em condições pré-existentes (193). Por exemplo, em alguns países de alta renda, os serviços de saúde raramente fazem orçamento para o tempo adicional necessário para fornecer saúde equitativa.

serviços a pessoas com deficiência (115, 350) e, mesmo quando o fazem, não têm remuneração das companhias de seguros relevantes (59). Muitas vezes, as pessoas com deficiência podem encontrar-se sem seguro ou subseguradas para as suas necessidades se as intervenções de saúde pública incorrerem num custo (194, 269).

Além disso, o financiamento da acessibilidade é de baixa prioridade em muitos países e poucos programas incluem dotações orçamentais para as necessidades de acessibilidade (259). Isso pode incluir a garantia de sinalização, área de entrada, estacionamento e banheiros acessíveis designados para pessoas com deficiência em instalações de saúde, bem como equipamentos acessíveis, como mesas de exame e camas.¹⁴ anos

Os sistemas de financiamento da saúde que não são inclusivos agravam as iniquidades em saúde para as pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência tiveram acesso a quaisquer serviços de saúde convencionais como qualquer outra pessoa, e não apenas a serviços específicos para pessoas com deficiência. No entanto, os custos dos serviços de saúde que precisam ser cobertos pelos indivíduos podem levar a gastos catastróficos em saúde (47, 48, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 64, 67-69, 75, 78, 80, 110, 112, 115, 124, 187, 190, 270, 289, 293, 295, 311, 312, 314, 351). A proteção pré-paga limitada contra esses custos (53, 61, 75, 77, 123, 143, 191, 295, 319), resultando em pagamentos diretos mais altos (53, 55, 57, 61, 112, 114, 123, 143), ou dificuldades em obter benefícios por incapacidade (56, 57, 69, 111, 350), todos levam a um acesso mais pobre aos serviços essenciais de saúde.



Liderança

Há uma lacuna na liderança sobre a inclusão de pessoas com deficiência no setor de saúde. Por um lado, essa lacuna está relacionada ao descumprimento da responsabilidade do setor saúde de promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência em muitos países. Isso pode ser visto na falta de priorização da deficiência nas estratégias nacionais de saúde ou no despreparo dos países para proteger as pessoas com deficiência em emergências de saúde, como a COVID-19. Por outro lado, pode haver uma falta de coordenação clara entre os setores governamentais sobre quem é responsável pela deficiência. Muitas vezes, a deficiência abrange vários setores e, apesar de todos os setores terem um papel a desempenhar, ninguém assume a responsabilidade de agir. Exemplos claros disso são as intervenções públicas intersectoriais, como o saneamento e a higiene da água (131, 135, 190, 352, 353). WASH, saúde e deficiência são muitas vezes responsabilidades de diferentes ministérios e pode haver uma colaboração mínima em WASH inclusiva para deficiência dentro do governo. Como consequência, as intervenções de WASH muitas vezes não são projetadas ou implementadas como inclusivas para pessoas com deficiência (58, 112, 260).

¹⁴ Ndyamukama A, Dillip A, Chipwaza B. Acesso a Serviços de Saúde de Apoio para Pessoas com Deficiências Físicas: Um Caso de Instalações de Saúde no Distrito Rural de Singida, Tanzânia.

A falta de liderança na inclusão de pessoas com deficiência é um dos principais contribuintes para as iniquidades em saúde dos persas com deficiência. A liderança política leva a responsabilidade muito avançando a equidade em saúde para os portadores de deficiência e priorizando sua saúde, além de se comprometer a implementar ações para evitar isso. Afastando a liderança, é intransponível fortalecer os demais campanents do sistema de saúde e abordar os determinantes estruturais e sociais da saúde.



Prestação de



© OMS / Blink Media - Neil Nuiia

Existem várias lacunas na prestação de serviços que prejudicam os persas com deficiências. Essas lacunas incluem a indisponibilidade dos serviços de saúde, bem como a indisponibilidade específica das deficiências subjacentes e das condições de saúde das pessoas com deficiência; lacunas nos serviços pravisianos de telessaúde; paar caardination; inacessibilidade de infraestruturas e equipamentos; lacunas nos serviços de agricultura e intérpretes em saúde; falta de serviços de apoio; e uma série de práticas discriminatórias.

Em muitas cidades, há uma disponibilidade limitada nos serviços de cuidados primários, incluindo os cuidados de community, e isso é exacerbado em emergências de saúde. Evidências indicam que a falta de serviços de atenção primária disponíveis de forma disparparável

afecta as pessoas com deficiência, especialmente as que vivem em zonas rurais (48, 50, 52, 54, 56, 57, 60, 61, 64, 67, 69, 74, 75, 109, 111, 112, 116, 124, 143, 201, 289, 292, 295, 350, 354), Nestas situações, a assistência médica pode implicar custos elevados dos serviços, ou viajar longas distâncias (47, 52, 54, 57, 67, 75, 109, 112, 123, 142, 355) que nem sempre podem ser viáveis (109, 112, 114). As emergências de saúde devidas a catástrofes naturais podem reduzir ainda mais o acesso aos serviços e ao apoio às pessoas com deficiência (356) e devem-se principalmente à infraestrutura de saúde e rodoviária; ao número esmagador de doentes que podem necessitar de triagem de saúde e de priorização dos serviços; e à deslocação (357-360). Durante as emergências de saúde, a taxa e a gravidade das deficiências podem aumentar súbita e substancialmente, colocando pressão adicional sobre os sistemas de saúde (361). A falta de planeamento global a longo prazo para as pessoas com deficiências recém-adquiridas complica ainda mais a prestação de cuidados de saúde adequados no contexto de emergência (72, 290, 362-366).

O acesso a serviços específicos para as deficiências subjacentes e as condições de saúde das pessoas com deficiência apresenta frequentemente um desafio. Nos países de baixo e médio rendimento, as pessoas com deficiência tendem a ter baixo acesso a serviços, tais como reabilitação e tecnologias de apoio (367). Muitas vezes, há lacunas na prestação de serviços em pacotes básicos de saúde, como reabilitação da visão, medicamentos específicos e produtos de assistência, incluindo equipamentos ortopédicos e protéticos ou cadeiras de rodas. A parcela de pessoas com necessidade não atendida de produtos auxiliares, incluindo óculos, varia de 3 a 90%, dependendo do desenvolvimento socioeconómico do país (368). A falta de integração sistemática da tecnologia assistiva como componente de outros programas de saúde, como reabilitação, DNT ou cuidados a pessoas idosas, alimenta a falta de conscientização entre o pessoal de saúde e limita as oportunidades de ação ou encaminhamento. Além disso, a prestação de cuidados oftalmológicos (369-372), triagem auditiva e serviços de audiologia é limitada, inclusive para bebês e crianças surdas ou com deficiência auditiva na maioria dos países de baixa e média renda (373, 374). Os principais contribuintes para esta lacuna são a falta de disponibilidade ou acesso aos serviços; concentração de serviços em seus centros de proibição; falta de financiamento e transporte; e limitações de recursos, incluindo de trabalhadores qualificados (48, 60, 67, 112, 116, 126, 189, 295, 306, 375, 376) (47, 56, 60, 61, 112, 115, 189, 199, 295).

Novas modalidades de prestação de serviços de saúde, como a saúde digital ou a tele-saúde, podem apresentar desafios para as pessoas com deficiência. Embora, em princípio, estes serviços ofereçam oportunidades significativas para chegar a populações prioritárias que vivem em condições marginalizadas, os custos associados e a falta de acessibilidade criam e exacerbam frequentemente um fosso digital que prejudica as pessoas com deficiência (377). A prestação digital de serviços pode estar indisponível ou inacessível, especialmente para os indivíduos que trabalham no meio rural,

ou deslocamento e configurações com recursos limitados, bem como para aqueles que têm baixos níveis de alfabetização digital, acesso limitado à tecnologia, renda reduzida ou lacunas de experiência na infraestrutura e conectividade da Internet (103, 378–385). Embora existam padrões globais, como as Diretrizes de Acessibilidade de Conteúdo da Web, a legislação em muitos países ainda não exige sua adoção em todos os setores. Como tal, a inacessibilidade de muitas plataformas digitais e de telessaúde impede as pessoas com deficiência de se envolverem e beneficiarem destas modalidades (379, 386-390).

A má coordenação dos serviços de saúde, incluindo a fragmentação, são grandes desafios para populações inteiras e apresentam barreiras adicionais para as pessoas com deficiência que muitas vezes têm riscos de saúde elevados ou condições de saúde complexas (51, 307, 317); a má coordenação pode levar à priorização de alguns aspectos do cuidado, enquanto outros são negligenciados (47, 56, 59, 61, 65, 69, 75, 77, 109, 110, 114, 115, 124, 190, 308, 350). Evidenciou-se a fragmentação dos serviços (61, 308), inclusive entre os serviços de saúde mental e física, e à medida que as crianças passam para a idade adulta (124, 293, 296) (112); a fragmentação também é relatada entre setores (61, 62, 74, 115, 199, 293, 307, 308, 350), como *habitação* (124, 296), *serviços sociais* (49, 69, 181), e serviços para deficiências e condições de saúde específicas (107, 232, 291, 332, 391, 392). Embora as pessoas com deficiência recebam encaminhamentos para serviços específicos para seus problemas subjacentes e condições de saúde, elas geralmente encontram pouca consideração de cuidados e apoio além das questões clínicas (393). Esta falta de coordenação dos cuidados é frequentemente atribuída a lacunas processuais, de comunicação e administrativas, tais como sistemas de referência ineficazes (48, 49, 53, 61, 69, 70, 190, 293), políticas não alinhadas entre os serviços (350) e comunicação ineficaz entre os prestadores (49, 59, 69, 70, 115, 307, 350).



Foi um cuidado muito isolado. Não havia fortes ligações entre os setores de saúde, educação e reabilitação... Nem todos estavam olhando na mesma direção. Não éramos poderosos o suficiente para passar pelos profissionais. Nós realmente esperávamos que eles falassem um com o outro, mas isso não ocorreu. Parecia estranho tentar coordenar a comunicação"

Dr. Masahiro Zakoji sobre os cuidados que sua filha Haruka recebeu no Japão, Índia e Filipinas, onde a acompanhou para missões da OMS. Haruka é cega e tem paralisia cerebral.

Ambientes inacessíveis apresentam outras barreiras significativas para o acesso aos serviços de saúde. Uma vez que as pessoas com deficiência chegam a instalações de saúde ou locais onde as intervenções de saúde pública estão sendo conduzidas, elas podem encontrar uma série de barreiras ambientais relacionadas à psicística.

ambiente. Estas barreiras incluem salas de consulta e vestiários inacessíveis (115, 123, 187), escadas sem rampas ou elevadores (54, 58), casas de banho ou salas de lavagem inacessíveis (54, 58, 60, 115, 291), portas de escritórios inacessíveis (187) e locais de estacionamento ou áreas de estacionamento obstruídas em torno das instalações (123). O ambiente sensorial em (61, 181), incluindo a presença de cheiros fortes, iluminação aérea brilhante, ambientes desconhecidos e ocupados (48, 61, 62, 199, 319) ou ambientes clínicos barulhentos (306) podem antecipar novos desafios. Dentro das unidades de saúde, a falta de equipamentos, produtos e dispositivos acessíveis ou especializados também pode dificultar a prestação de serviços (48, 52, 56, 57, 69, 122, 123, 189, 193, 199, 292, 295, 319, 321, 394). Há relatos de lacunas em mesas de exame ajustáveis (58, 122, 123, 143, 187, 291, 292, 319), camas de parto (54, 291), cadeiras (115) ou bancos (189); dispositivos de elevação ou transferência (123, 143), balanças de peso acessíveis a cadeiras de rodas (122, 143) e radioterapia acessível (123). Barreiras físicas também são relatadas na realização de intervenções de saúde pública, que muitas vezes são conduzidas em espaços públicos e ambientes de negócios (135, 195, 259, 266, 395).

O formato, o conteúdo e as abordagens para a disseminação da saúde em formação que não incluem a deficiência contribuem para uma menor literacia em saúde entre as pessoas com deficiência. A informação sobre saúde pública muitas vezes não é fornecida em formatos acessíveis, como o Easy Read (258-260) e não é adaptada às necessidades das pessoas com deficiência (63, 123, 187, 194, 261, 262), que podem ter dificuldades de literacia (47, 50, 63, 103, 123, 313, 317, 385, 396-399). Além disso, a indisponibilidade de tecnologia assistiva também pode dificultar o acesso à informação em saúde. As informações sobre as condições de saúde específicas – por exemplo, para os pais sobre paralisia cerebral e como apoiar os seus filhos a melhorar o funcionamento e a independência – muitas vezes não são fornecidas (116), podem não ser fiáveis ou desatualizadas (299, 326, 387, 400-411) e podem ser divulgadas de forma eficaz que não chegam às pessoas com deficiência (258, 263, 412). Em ambientes de recursos mais baixos, as mensagens de saúde podem ser disseminadas por meio de líderes comunitários e redes que não incluem pessoas com deficiência (413-415).

A falta de serviços de interpretação para consultas individuais e campanhas mais amplas de informação sobre saúde pública afecta exclusivamente a comunidade surda (378, 416, 417) (47, 50, 71, 73, 74, 296, 314). Os profissionais de saúde e de cuidados podem enfrentar uma falta ou dificuldades em obter e trabalhar com intérpretes de língua gestual (50, 60, 123, 313, 317, 319). Mesmo em contextos em que os intérpretes estão disponíveis, a interpretação fornecida pode ser de baixa qualidade (319), levando a preocupações de confidencialidade mantida ou a um risco aumentado de diagnóstico errado ou resultados adversos para a saúde (50, 311, 317).

Lacunas na prestação de serviços de saúde muitas vezes podem levar a uma dependência excessiva de cuidadores e membros da família. O acesso aos serviços, inclusive para a saúde sexual e reprodutiva, para as pessoas com deficiência é muitas vezes altamente dependente do apoio dos membros da família para reconhecer as necessidades de saúde, alcançar os serviços e até mesmo na comunicação e tomada de decisões com os profissionais de saúde e cuidados (51, 54, 56, 63, 64, 69, 308, 311, 418). No entanto, os membros da família e os cuidadores podem não ter os conhecimentos ou habilidades necessários, e assumem esses papéis em grande parte porque há poucas opções de apoio social formal ou pessoas de apoio treinadas (49, 260, 269, 299, 419-421). Esta situação é ainda mais agravada em situações de emergência de saúde, quando os serviços de apoio que já eram limitados são interrompidos, aumentando ainda mais as exigências sobre as famílias e outras redes informais (103, 378, 422-426).

Práticas discriminatórias no setor saúde dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, como observado anteriormente. As pessoas com deficiência podem ser sujeitas a uma série de medidas coercivas e práticas involuntárias no âmbito da saúde que prejudicam a sua dignidade e bem-estar e levam à falta de vontade de procurar ajuda e de se envolver com os profissionais. As pessoas com deficiência psicossocial não podem aceder aos serviços nem divulgar informações por receio de medidas coercivas (80) e de admissão ou tratamento involuntários (351, 427-429). Mulheres e meninas com deficiência, particularmente aquelas com deficiências intelectuais ou psicossociais, podem ser submetidas à contracepção involuntária, aborto e esterilização. Estes procedimentos são realizados com o consentimento informado adequado, sob coerção, ou mesmo sem o seu conhecimento, violando assim os seus direitos (207, 327-329, 430-432). Outras formas de tratamento médico involuntário e potencialmente inadequado de crianças com deficiência que vivem em instituições incluem uma dependência excessiva de medicamentos psicotrópicos para controlar comportamentos (431) (433).

Todas as lacunas discutidas na prestação de serviços de saúde contribuem para as iniquidades em saúde vivenciadas pelas pessoas com deficiência; existe uma ligação directa entre as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas e o aumento da mortalidade entre este grupo (375). Ambientes inacessíveis que impedem ou atrasam a prestação de serviços de saúde podem aumentar a morbidade ou limitações no funcionamento (58, 63, 122, 123, 291, 319). A literacia limitada em saúde entre as pessoas com deficiência ou a informação de saúde inacessível pode afetar o seu acesso a cuidados de saúde atempados e eficazes e piorar os seus resultados de saúde (48, 50, 51, 55, 56, 58, 59, 61, 63-65, 69, 71, 75, 109, 110, 112, 114, 116, 181, 187, 190, 199, 292, 308-310, 313, 320, 434). Além disso, a falta de serviços de apoio é um fator que contribui para a deterioração da saúde entre os membros da família e cuidadores de pessoas com deficiência que muitas vezes podem desenvolver condições de saúde mental, como depressão ou ansiedade (232, 426, 435-444).

Os diferentes exemplos de intervenções e práticas aplicadas nos países para abordar as lacunas na prestação de serviços de saúde incluem aqueles que visam integrar a prestação para melhor apoiar as pessoas com deficiência e melhorar a coordenação dos cuidados. Os programas de saúde integrados para adultos neurodivergentes, que estão disponíveis em grande parte apenas em contextos de alta renda, geralmente abordam as necessidades financeiras e de emprego, juntamente com o apoio social, o treinamento em atividades da vida diária e os cuidados de saúde e médicos. Os programas colaborativos de cuidados de saúde, como os programas de cuidados primários de saúde comportamental integrada e os lares de saúde comportamental, foram propostos como estratégias eficazes para integrar os cuidados de saúde física e mental (445-450). Alguns programas abrangentes de intervenção centrados na família em pequena escala demonstraram resultados individualizados positivos para crianças com deficiência e seus pais (451). No entanto, a expansão de tais intervenções é desafiada por questões mais sistêmicas no sector da saúde, tais como sistemas de tutoria inadequados para os profissionais de saúde e de cuidados de saúde e a falta de financiamento centralizado para esses programas (452). Além disso, são geralmente adoptados programas educativos (ver caixa 10), grupos de autoajuda e de apoio entre pares, a fim de assegurar a inclusão de pessoas com deficiências no sector da saúde. Essas iniciativas visam promover o enfrentamento, o conhecimento, a aprendizagem individual, a socialização, os processos de empoderamento e o engajamento dos serviços de saúde (276, 277, 383, 452-461).

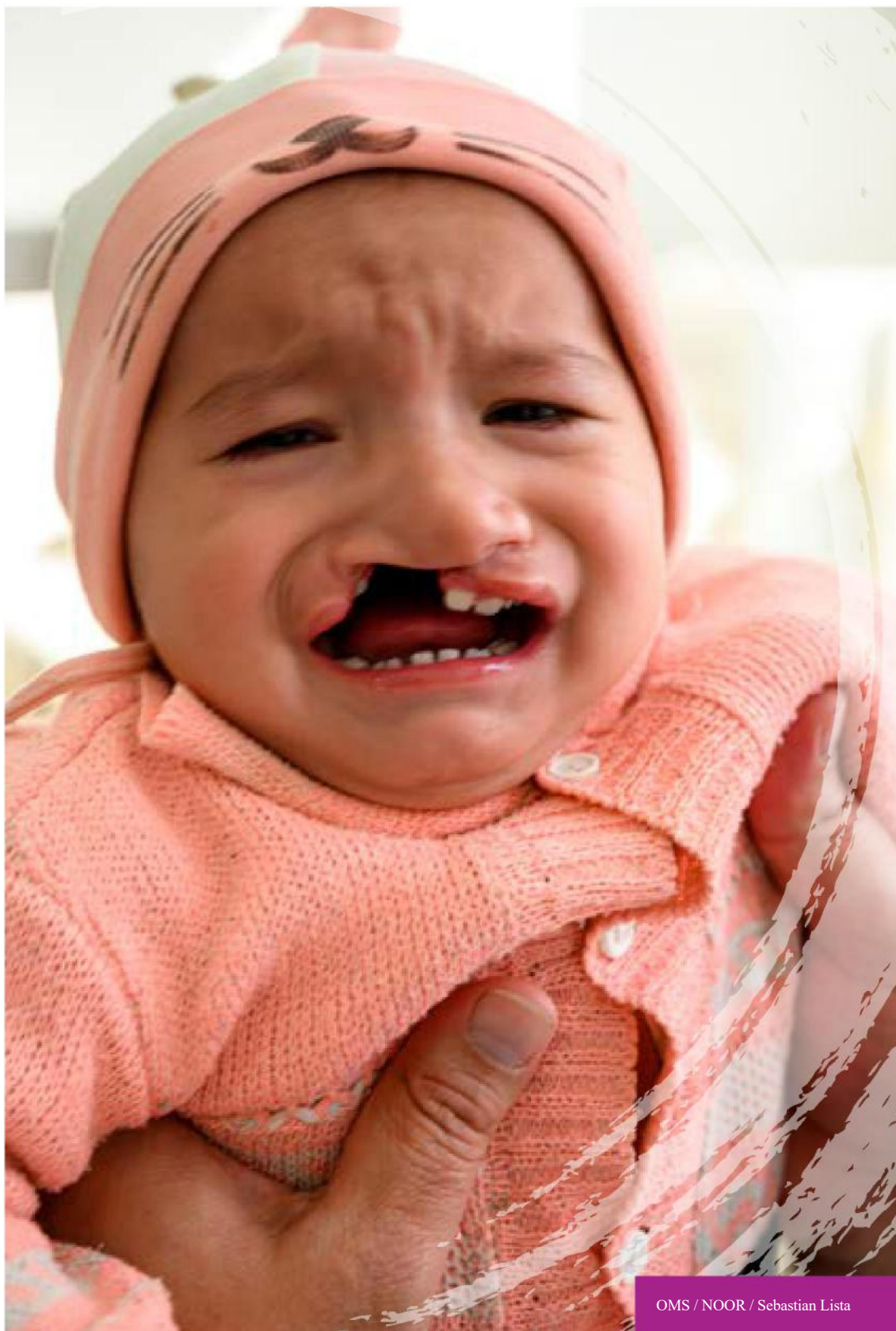
Empoderamento de mulheres com deficiência nas Filipinas

Um bom exemplo do impacto de um programa de educação em saúde sexual e reprodutiva para mulheres com deficiência vem das Filipinas, onde, através do projeto W-DARE (Women with Disabilities taking Action on REproductive and sexual health), as comunidades locais de mulheres com deficiência e prestadores de serviços de saúde foram educadas sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos. O programa foi realizado na cidade de Quezon, na região metropolitana de Manila, e na cidade de Ligao, na província de Albay, com o objetivo de aumentar a conscientização dos participantes sobre os direitos das mulheres com deficiência e os desafios que enfrentam no acesso a serviços e informações de saúde sexual e reprodutiva. As sessões de treinamento foram co-facilitadas por mulheres com diferentes tipos de deficiências.

A avaliação da eficácia do programa mostrou relações fortalecidas entre organizações de pessoas com deficiência e prestadores de serviços de saúde da mulher. O programa também aumentou o conhecimento entre os prestadores de serviços e as mulheres com deficiência sobre as necessidades e direitos de saúde sexual e reprodutiva e mudanças práticas na prestação de serviços, como garantir a acessibilidade nas instalações de saúde ou a provisão de fundos para equipamentos adaptativos. Cinco anos após a realização do projeto, os participantes dos primeiros grupos de ação participativa são agora defensores dos direitos sexuais das mulheres com deficiência e educam outras mulheres com deficiência (462).

Em conclusão, dois pontos principais podem ser extraídos com base nas evidências apresentadas. Em primeiro lugar, existem fatores estruturais claros e determinantes sociais, fatores de risco e barreiras do sistema de saúde que impulsionam as iniquidades em saúde para as pessoas com deficiência. Embora a evidência do impacto desses fatores seja, muitas vezes, indireta, e haja pouca informação sobre como eles se cruzam e se reforçam, sua contribuição para a existência e persistência das iniquidades em saúde ainda pode ser inequivocamente inferida. Em segundo lugar, embora muitos dos fatores possam ser modificados pelo setor da saúde, a gama mais ampla de fatores estruturais ou determinantes sociais – como valores e crenças sociais que levam à estigmatização e discriminação, pobreza, más condições de vida ou educação e emprego não inclusivos – excedem o escopo do setor de saúde e exigem uma melhor compreensão e uma resposta multisetorial. Por esta razão, a definição e o financiamento de uma política de saúde e de uma investigação de sistemas

A agenda é urgentemente necessária, para que os países possam entender melhor como a sociedade deve ser organizada para garantir que as pessoas com deficiência atinjam o mais alto padrão de saúde atingível.



COVID-19 como um alerta devastador para o nível de inclusão de pessoas com deficiência no setor da saúde

História pessoal

Surdocegueira: uma deficiência que não recebe a atenção que merece



Para uma comunidade que depende do toque para funcionar, as restrições da COVID-19 afetaram severamente as pessoas com surdocegueira. O isolamento forçado foi um golpe mortal para a sua independência, dada a sua necessidade de intérpretes para se comunicar e se locomover. À medida que eles se comunicam por meio de assinatura de mão em mão, o distanciamento físico efetivamente interrompeu a comunicação.

"Não consigo me locomover. Mas enfrentamos oposição para conseguir intérpretes. Não houve compreensão dos serviços de saúde ou do setor público", disse Frank Trigueros, presidente da European Deafblind e da FASOCIDE, a Federação das Associações de Surdocegas na Espanha.

"Os intérpretes nem sequer foram permitidos na sala de emergência, embora tenhamos tentado explicar que precisamos deles. De novo e de novo e de novo, tivemos que explicar quem eles são e por que precisamos deles." Alguns médicos foram empáticos, mas a comunidade não pode confiar na "boa vontade das pessoas", disse ele.

Em muitos países, as pessoas surdocegas não foram devidamente informadas sobre as restrições da COVID-19 ou o vírus. "O governo aqui nos negligenciou. Tivemos que fazer o trabalho deles de informar as pessoas [surdocegas]", disse ele, acrescentando que sua capacidade como organização sem fins lucrativos era

Embora o financiamento limitado do governo para intérpretes seja problemático, outras questões importantes incluem a falta de empatia e compreensão, e sua invisibilidade. Trigueros teve que pedir a muitos funcionários públicos impacientes que "desacelerassem" ao conversar com intérpretes. Uma vez, quando estava no hospital, um médico não teve tempo para explicar quais medicamentos ele precisava tomar e quando. "Ele simplesmente se afastou para trás. Fiquei louco. Eu tinha que encontrar outra pessoa para me ajudar."

Outra questão: seus registros eletrônicos de saúde não afirmam que ele é surdocego, embora outras deficiências sejam registradas no sistema. Às vezes, ele recebe ligações de centros de saúde. "Eu tentei muitas e muitas vezes dizer-lhes. Eles dizem que o software é restrito. "Não deve ser tão difícil de corrigir. Não é uma questão de dinheiro. O sistema simplesmente não se importa o suficiente."

A pandemia de COVID-19 serviu como um alerta para o setor de saúde e destacou as iniquidades em saúde enfrentadas pelas pessoas com deficiência. Durante a pandemia, as pessoas com deficiência tiveram um risco significativamente maior de mortalidade por COVID-19 do que aquelas sem deficiência. No Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte e Coreia do Sul, mais da metade das mortes relacionadas à COVID-19 ocorreram entre pessoas com deficiência (463, 464). Aqueles com deficiência intelectual têm até 8 vezes mais chances de morrer do que aqueles sem deficiência intelectual, e as taxas de mortalidade para pessoas com dificuldade de aprendizagem são 6 vezes maiores do que a população em geral (465, 466). Esse risco é ainda mais acentuado entre as mulheres do que entre os homens com deficiência (463). Pessoas com deficiência também são mais propensas a ter condições de saúde subjacentes que estão associadas a piores resultados de saúde se infectadas com COVID-19, como diabetes (467, 468) e doença renal crônica (468). Pessoas com síndrome de Down, paralisia cerebral (406, 468, 469), artrite reumatoide e lesão medular (406) também estão em maior risco de complicações da COVID-19. Além disso, a pandemia teve impactos psicossociais abrangentes que afetam desproporcionalmente as pessoas com deficiência (103, 422, 425, 470-476). Estudos comparativos demonstram que adultos com deficiências são significativamente mais propensos a relatar sintomas depressivos atuais (477-480) e ideação suicida (478).

A COVID-19 revelou os fatores estruturais, sociais e do sistema de saúde profundamente arraigados que impulsionam as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência. Embora esses fatores sejam proeminentes em outras emergências de saúde, a COVID-19 viu um número sem precedentes de publicações científicas, que ajudaram a descompactar e entender melhor os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde experimentadas por pessoas com deficiência. Embora este relatório se concentre principalmente na COVID-19 como um exemplo de caso para uma emergência de saúde, é importante notar que todos os fatores que contribuem para as desigualdades em saúde se aplicam plenamente em outras emergências, como crises humanitárias ou emergências de perigos como doenças infecciosas, incidentes químicos e nucleares de rádio, contaminação de alimentos e ameaças associadas às mudanças climáticas, incluindo eventos climáticos extremos e desmatamento.



Em termos de fatores estruturais, os valores sociais durante a pandemia têm se manifestado em estereótipos negativos e preconceito de pessoas com deficiência em mensagens de saúde (378, 481), violência física, abuso, negligência e ostracismo (104, 385, 482). Em alguns países, as pessoas com deficiência intelectual com COVID-19 têm duas vezes menos probabilidade de serem internadas em unidades de cuidados intensivos, apesar de terem taxas semelhantes de complicações ou de terem sintomas na admissão mais graves do que aqueles sem deficiência (483).

O viés inconsciente (406, 484-488) e os "preconceitos capacitistas da equipe médica" (406) têm sido associados a práticas discriminatórias de triagem durante a resposta à COVID-19, e as políticas e medidas de saúde adotadas em grande parte não consideram as necessidades específicas das pessoas com deficiência. Lockdowns, requisitos de distanciamento físico e priorização de serviços de saúde às vezes afetaram desproporcionalmente o acesso a serviços essenciais para pessoas com deficiência, incluindo medicamentos específicos, apoio psicossocial, reabilitação e produtos auxiliares, todos os quais são críticos para manter sua saúde e funcionamento (103, 378, 404, 422, 436, 471, 473, 489-491, 492, 493). Há também preocupações de que as políticas de emergência de saúde para a COVID-19 possam ter levado a medidas que constituem violações dos direitos humanos contra alguns grupos de pessoas com deficiência, particularmente para aqueles em instituições residenciais, idosos e grupos sub-representados (494-497).

Organizações de pessoas com deficiência e outras organizações que incluem pessoas com deficiência, como associações de pessoas idosas, são frequentemente negligenciadas nos processos de tomada de decisão durante emergências de saúde (498, 499).

As disparidades nos determinantes sociais da saúde também foram exacerbadas durante a pandemia. Em vários países, as crianças com deficiência foram deixadas ainda mais para trás na sua educação, quando os países tentaram garantir a continuidade da educação. Isso porque a educação a distância durante a pandemia não tem sido acessível ou adequada para aqueles que necessitam de apoio presencial mais individualizado (378, 425, 497, 500, 501). É importante notar que, para muitas crianças e jovens com deficiência, a escola também é um ponto de entrada para acessar outros serviços, como terapia fonoaudiológica, terapia ocupacional, aconselhamento e apoio comportamental (425, 502, 503). No que diz respeito ao emprego, as pessoas com deficiência enfrentaram perdas de emprego e menos horas de trabalho, redução da renda familiar e, em alguns países, maior insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19 (103, 504-507).

As barreiras ao transporte também afetaram o acesso a testes e cuidados de saúde adequados, com o impacto sendo desproporcionalmente sobre as mulheres e meninas com deficiência (404, 508, 509). Foram levantadas preocupações relativamente à segurança das pessoas com deficiência durante a pandemia (510), especialmente mulheres e raparigas (511, 512), idosos e pessoas em instalações ou instituições residenciais (496), devido a um risco acrescido de violência. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) relatou aumento dos fatores de risco para a violência de gênero contra mulheres e meninas com deficiência (509) e pessoas não-binárias e transgênero com deficiência (511), bem como barreiras agravadas ao acesso a serviços de apoio relevantes, à polícia e aos mecanismos de justiça.

As barreiras nos sistemas de saúde afetaram negativamente as pessoas com deficiência durante a pandemia. O movimento, o contato físico e os visitantes de hospitais e instalações residenciais foram restritos, deixando as pessoas com deficiência isoladas e sem pessoas que pudessem ajudar na comunicação e no apoio psicossocial (300-302). As informações essenciais de saúde têm sido muitas vezes inacessíveis, com a falta de legendas e linguagem de sinais usadas em conferências de imprensa, fóruns de compartilhamento de informações públicas, locais de teste e em unidades de saúde (103, 513, 514). A pandemia dificultou o acesso à assistência pessoal, aos cuidados informais e ao acesso à tecnologia assistiva para pessoas com deficiência (496, 515, 516), o que, por sua vez, afeta seu acesso aos cuidados de saúde. Há também relatos de questões relacionadas ao acesso físico às instalações de teste de COVID-19 (404, 508).

Finalmente, embora existam exemplos de desagregação de deficiência na coleta de dados da COVID-19, há pouca análise de toda a gama de fatores de interseção, como aqueles relacionados a sexo, idade e socioeconomia,

o que pode colocar algumas pessoas com deficiência mais em risco do que outras (117, 517-520).

Mais positivamente, a pandemia de COVID-19 mobilizou o setor de saúde e a sociedade civil em alguns países para abordar as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência. Padrões, planos e diretrizes foram desenvolvidos nos níveis global, regional e nacional que se relacionam especificamente com pessoas com deficiência e inclusão de deficiência em programas de emergência de saúde (521-526) (527-544). Embora esses exemplos marquem passos positivos para construir políticas e processos mais inclusivos, poucos foram avaliados quanto à eficácia, e as evidências relacionadas à implementação são limitadas. Dado o amplo impacto da COVID-19, não é surpreendente que tenha havido um forte foco nas intervenções de proteção social. A partir de 2021, 44% dos países que anunciaram medidas de proteção social em resposta à COVID-19 fizeram uma referência específica às pessoas com deficiência, mostrando um aumento em relação a análises anteriores (98 países em 2021 em comparação com 60 países em 2020) (545, 546). As prestações pecuniárias, incluindo a expansão da cobertura para pessoas com deficiência, complementos temporários para prestações pré-existentes e ajustamentos administrativos, foram as respostas de proteção social mais comuns à COVID-19, seguidas de transferências em espécie e prestação de serviços (545, 547). Além disso, existem estratégias isoladas para abordar as barreiras físicas à vacinação contra a COVID-19 para pessoas com deficiência, como fornecer transporte para instalações acessíveis em nível comunitário (548) e serviços de vacinação porta-a-porta / em casa (415, 548, 549). No estado de Nova York, nos Estados Unidos, a vacinação drive-through COVID-19 para pessoas com deficiências de desenvolvimento foi estabelecida para alcançar a vacinação de pacientes que não poderiam ser atendidos pelo Programa Federal de vacinação no local (550).

A sociedade civil, incluindo organizações de pessoas com deficiência, tem desempenhado um papel fundamental na resposta à COVID-19 para as pessoas com deficiência. Exemplos de muitos países mostram a força motriz da sociedade civil para desenvolver ferramentas para que as pessoas com deficiência façam seus próprios planos individualizados de preparação para a COVID-19 (539). As organizações desenvolveram e implementaram métodos de aprendizagem adaptativa para crianças com deficiência (551), forneceram dispositivos e cobriram os custos da Internet para que as pessoas com deficiência se mantivessem conectadas e acessassem informações e serviços (378) ou recebessem apoio financeiro e de outra natureza (104). As organizações não-governamentais também desempenharam um papel crítico na identificação das injustiças enfrentadas pelas pessoas com deficiência durante a pandemia, influenciando os governos e as autoridades de saúde a agir em conformidade. Um desses exemplos, é o da Federação de Pessoas com Deficiência da China, que emitiu um aviso aos governos locais sobre os riscos associados a lacunas nos cuidados e serviços médicos para pessoas com deficiência, especialmente quando separadas.

dos cuidadores. Isso levou a uma série de ajustes políticos e ao eventual desenvolvimento pelo governo de "Diretrizes para a Proteção de Pessoas com Deficiência com Doenças Infecciosas Graves" (537). Todos os esforços e iniciativas impulsionados pela sociedade civil são fundamentais; no entanto, estes não devem substituir a responsabilidade do setor saúde de orientar a agenda de promoção da equidade em saúde para pessoas com deficiência.

Estudo de

Integrando considerações sobre deficiência durante a resposta à COVID-19 no Qatar

O plano nacional de resposta à COVID-19 do Qatar integrou considerações para pessoas com deficiência de várias maneiras. As informações sobre a COVID-19 foram fornecidas em vários formatos acessíveis, como infográficos sobre medidas preventivas, vídeos de mídia social, mensagens de texto e entrevistas de rádio. Um sistema de triagem de internações em unidades de saúde observou as necessidades das pessoas com deficiência; foi concedido um subsídio para apoiar as pessoas em quarentena.

Os dados sobre incapacidade foram coletados por profissionais de saúde entre pacientes internados em hospitais com COVID-19. Uma lista de verificação abrangeu o tipo e a gravidade da deficiência, os dispositivos de assistência, o modo de comunicação, o nível de independência nas atividades diárias, informações sobre a família, o histórico médico e a medicação. Os dados – desagregados por sexo, idade e serviços prestados – contribuíram para avaliar o perfil geral da COVID-19 das pessoas com deficiência para informar o planejamento e o desenvolvimento de políticas.

Foi elaborado um plano específico para a continuidade dos serviços essenciais de saúde; isso incluiu a prestação de serviços de reabilitação e tecnologia assistiva nos níveis primário, secundário e terciário. A telemedicina, a telerreabilitação, as consultas telefônicas e os programas de cuidados domiciliares foram introduzidos como estratégias de mitigação para minimizar a propagação da infecção e permitir alguma continuação dos serviços de reabilitação.

É importante ressaltar que o governo consultou pessoas com deficiência e suas organizações no desenvolvimento de planos de COVID-19. Por exemplo, a Autism Society foi consultada ao desenvolver plataformas on-line para pessoas com deficiência como parte do plano de continuidade dos serviços essenciais de saúde.

O Qatar conseguiu integrar a deficiência em sua resposta à COVID-19, em parte por causa de seu plano anterior para um sistema de saúde inclusivo. O país agora planeja estabelecer um conselho consultivo nacional permanente de pacientes e familiares e desenvolver uma plataforma de conhecimento on-line sobre deficiência para apoio à deficiência.

Várias lições foram aprendidas com a pandemia de COVID-19 que podem moldar o caminho a seguir para alcançar a equidade em saúde para pessoas com deficiência:

- O engajamento e a participação das pessoas com deficiência nos processos e na tomada de decisão do setor saúde é um recurso necessário para o avanço da equidade em saúde. A participação de pessoas com deficiência fornece um forte apoio para garantir que políticas, estratégias e programas sejam mais eficazes na abordagem de fatores que impulsionam as iniquidades em saúde, como a mudança de atitudes e o desmantelamento da estigmatização. As pessoas com deficiência têm experiência em primeira mão dos desafios que enfrentam e sabem melhor o que pode ser feito para melhorar seus direitos, saúde e bem-estar.
- Os serviços de saúde precisam ser fornecidos perto de onde as pessoas vivem. A pandemia mostrou que é essencial que as pessoas com deficiência tenham acesso imediato e ininterrupto aos cuidados de saúde em suas comunidades. A abordagem da atenção primária à saúde discutida no Capítulo 3 apresenta uma oportunidade para promover a prestação de serviços de saúde nas comunidades.
- Serviços de apoio e serviços específicos para as deficiências subjacentes e condições de saúde das pessoas com deficiência são essenciais. Esses serviços podem incluir a reabilitação da visão, o fornecimento de tecnologia de apoio e pessoal dos serviços de apoio às pessoas com deficiência (por exemplo, intérpretes, pessoal de cuidados, trabalhadores de apoio e assistentes pessoais); são fundamentais para a saúde e a segurança das pessoas com deficiência, bem como para a sua participação e inclusão nas comunidades, e não devem ser reduzidas a qualquer título, incluindo em situações de emergência.
- É crucial fornecer intervenções e informações de saúde pública em um formato acessível às pessoas com deficiência. As organizações de pessoas com deficiência podem ser parceiras em campanhas de informação em saúde pública para garantir que as mensagens sejam claras, inclusivas e acessíveis, e também para a concepção de intervenções e campanhas de saúde pública.
- O reforço das capacidades e a formação dos profissionais de saúde sobre questões relacionadas com a deficiência são considerações centrais. Se adequadamente treinados, os profissionais de saúde entenderão melhor os requisitos das pessoas com deficiência e responderão aos fatores que influenciam seus resultados de saúde.
- A desinstitucionalização é um fator importante para avançar. A pandemia de COVID-19 resultou em taxas elevadas de mortalidade entre pessoas com deficiência em instituições de cuidados de longa duração, em grande parte devido às más condições de vida e à incapacidade de garantir medidas de prevenção. Serviços de saúde centrados na pessoa e baseados em direitos e apoio na comunidade são boas alternativas ao cuidado institucionalizado para pessoas com deficiência.

- As intervenções de saúde digital são métodos alternativos de prestação de serviços e apoio de saúde. Telessaúde, suporte e aconselhamento de pares on-line e por telefone celular, linhas de ajuda de aconselhamento e tele-suporte têm sido amplamente utilizados em países como alternativas aos serviços e suporte de saúde física. É importante ressaltar que, quando fornecida de maneira acessível, a saúde digital pode ser uma plataforma importante para alcançar pessoas com deficiência.
- O monitoramento de quais intervenções funcionam e onde são necessárias melhorias, por meio da coleta e desagregação de dados por deficiência, direciona as ações do setor saúde. A integração da deficiência na coleta de dados permite que os países compreendam melhor os impulsionadores das iniquidades em saúde para pessoas com deficiência.
- Uma abordagem mais ampla para fortalecer os sistemas de saúde permite uma resposta inclusiva a emergências de saúde. As medidas tomadas após a ocorrência de uma emergência são muitas vezes não inclusivas e insuficientes. É necessária uma reformulação mais ampla do setor da saúde para garantir uma maior inclusão e equidade, bem como para reduzir os riscos e construir resiliência para futuras emergências de saúde.
- É necessária uma liderança forte para abordar os fatores estruturais mais amplos da sociedade e dos sistemas de saúde que impulsionam as iniquidades em saúde para as pessoas com deficiência; envolve uma abordagem em nível de sistema que garante políticas, legislação e financiamento inclusivos, bem como a colaboração multissetorial com as principais partes interessadas governamentais e não governamentais.

References

1. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *British J Psychiatry*. 2011;199:441–2.
2. Heslop P, Blair PS, Fleming P, Hoghton M, Marriott A, Russ L. The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study. *Lancet*. 2014;383:889–95.
3. Shooshtari S, Brownell M, Mills RS, Dik N, Yu DC, Chateau D et al. Comparing health status, health trajectories and use of health and social services between children with and without developmental disabilities: a population-based longitudinal study in Manitoba. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2017;30:584–601.
4. Reichard A, Haile E, Morris A. Characteristics of medicare beneficiaries with intellectual or developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil*. 2019;57:405–20. doi: 10.1352/1934-9556-57.5.405.
5. Chamberlain JD, Meier S, Mader L, Von Groote PM, Brinkhof MW. Mortality and longevity after a spinal cord injury: systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology*. 2015;44:182–98.
6. Oña A, Strøm V, Lee B-S, Le Fort M, Middleton J, Gutenbrunner C et al. Health inequalities and income for people with spinal cord injury. A comparison between and within countries. *SSM Popul Health*. 2021;15:100854.
7. Ko KD, Lee KY, Cho B, Park MS, Son KY, Ha JH et al. Disparities in health-risk behaviors, preventive health care utilizations, and chronic health conditions for people with disabilities: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92:1230–7. doi: 10.1016/j.apmr.2011.03.004.
8. Moodley J, Ross E. Inequities in health outcomes and access to health care in South Africa: a comparison between persons with and without disabilities. *Disabil Soc*. 2015;30:630–44. doi: 10.1080/09687599.2015.1034846.
9. Kim M, Kim HJ, Hong S, Fredriksen-Goldsen KI. Health disparities among childrearing women with disabilities. *Matern Child Health J*. 2013;17:1260–8. doi: 10.1007/s10995-012-1118-4.
10. Mitra M, Clements KM, Zhang J, Smith LD. Disparities in adverse preconception risk factors between women with and without Disabilities. *Matern Child Health J*. 2016;20:507–15. doi: 10.1007/s10995-015-1848-1.
11. Brown HK, Lunskey Y, Wilton AS, Cobigo V, Vigod SN. Pregnancy in women with intellectual and developmental disabilities. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38:9–16. doi: 10.1016/j.jogc.2015.10.004.
12. Brennand EA, Santinele Martino A. Disability is associated with sexually transmitted infection: severity and female sex are important risk factors. *Can J Hum Sex*. 2022;31:91–102.
13. Lee JC, Hasnain-Wynia R, Lau DT. Delay in seeing a doctor due to cost: disparity between older adults with and without disabilities in the United States. *Health Serv Res*. 2012;47:698–720. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01346.x.

14. Brown HK, Chen S, Vigod SN, Guttman A, Havercamp SM, Parish SL et al. A population-based analysis of postpartum acute care use among women with disabilities. *Am J Obstet Gynecol* MFM. 2022;4:100607. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100607.
15. Jarrett T, Pignataro RM. Cigarette smoking among college students with disabilities: National College Health Assessment II, Fall 2008–Spring 2009. *Disabil Health J*. 2013;6:204–12. doi: 10.1016/j.dhjo.2013.01.011.
16. McMahon M, Hatton C. A comparison of the prevalence of health problems among adults with and without intellectual disability: a total administrative population study. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021;34:316–25. doi: 10.1111/jar.12785.
17. Heinrichs D, Shoostari S, Brownell M, Mills R, Stoesz B. Health and health care utilization of Manitoba children in care with and without developmental disabilities: a population-based comparative study. *J Dev Disabl*. 2018;23:5–16.
18. Brown HK, Ray JG, Chen S, Guttman A, Havercamp SM, Parish S et al. Association of preexisting disability with severe maternal morbidity or mortality in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 2021;4:e2034993. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.34993.
19. Rathmann K, Nellen C, Wetzel LD. Behinderungsspezifischer Gradient in der psychischen Gesundheit und dem Gesundheitsbewusstsein. *Die Rehabilitation*. 2020;59:223–30.
20. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav*. 2020;110:107174.
21. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;30:110–7.
22. Lee J-Y, Lim K-C, Kim S-Y, Paik H-R, Kim Y-J, Jin B-H. Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: a propensity score matching analysis. *PLoS One*. 2019;14:e0208246.
23. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent*. 2000;28:131–6.
24. Morin D, Merineau-Cote J, Ouellette-Kuntz H, Tasse MJ, Kerr M. A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2012;117:455–63. doi: 10.1352/1944-7558-117.6.455.
25. Reichard A, Stolze H. Diabetes among adults with cognitive limitations compared to individuals with no cognitive disabilities. *Intellect Dev Disabil*. 2011;49:141–54. doi: 10.1352/1934-9556-49.2.141.
26. Emerson E, Hatton C, Baines S, Robertson J. The physical health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. *Int J Equity Health*. 2016;15:1–9.
27. Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: a systematic review. *Seizure*. 2015;29:46–62.
28. Purohit BM, Singh A. Oral health status of 12-year-old children with disabilities and controls in Southern India. *WHO South East Asia J Public Health*. 2012;1:330–8.
29. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dent*. 2013;33:262–8.
30. Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Factors influencing caries experience among adults with physical and intellectual disabilities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:143–54.

31. Slayter E. Disparities in substance abuse treatment utilization among women with intellectual disability. *J Soc Work Disabil Rehabil.* 2016;15:96–115. doi: 10.1080/1536710X.2016.1162120.
32. Dembo RS, Mitra M, McKee M. The psychological consequences of violence against people with disabilities. *Disabil Health J.* 2018;11:390–7. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.01.006.
33. Cooper S-A, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British J Psychiatry.* 2007;190:27–35.
34. Hatton C, Emerson E, Robertson J, Baines S. The mental health of British adults with intellectual impairments living in general households. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2017;30:188–97.
35. Hatton C, Emerson E, Robertson J, Baines S. The mental health of adolescents with and without mild/moderate intellectual disabilities in England: secondary analysis of a longitudinal cohort study. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018;31:768–77.
36. Maiano C, Hue O, Morin AJ, Moullec G. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17:599–611.
37. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511391>, accessed November 2022).
38. [Commission on Social Determinants of Health](#). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>, accessed November 2022).
39. [Belle-Isle L, Benoit C, Pauly BB](#). Addressing health inequities through social inclusion: the role of community organizations. *Action Res.* 2014;12:177–93.
40. [Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB](#). County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes. *Am J Prev Med.* 50:129–35.
41. [Women’s Refuge Commission and the International Rescue Committee](#). Stories of change. [Female Caregivers: Kinama Camp, Burundi](#). 2020.
42. [Linton S](#). *Claiming disability: knowledge and identity*: NYU Press; 1998.
43. [Janz HL](#). [Ableism: the undiagnosed malady](#) afflicting medicine. *CMAJ.* 2019;191:E478–E479.
44. [Law Commission of Ontario](#). [Advancing equality for persons with disabilities through law, policy and practice: a draft framework](#). 2012 (www.lco-cdo.org/disabilities-draft-frameworkpdf, accessed November 2022).
45. [Emerson E, Milner A, Aitken Z, Krnjacki L, Vaughan C, Llewellyn G et al](#). Overt acts of perceived discrimination reported by British working-age adults with and without disability. *J Public Health (Oxf).* 2021;43:e16–e23. doi: 10.1093/pubmed/fdz093.
46. [Krnjacki L, Priest N, Aitken Z, Emerson E, Llewellyn G, King T et al](#). Disability-based discrimination and health: findings from an Australian-based population study. *Aust N Z J Public Health.* 2018;42:172–4.

47. Bryant J, Noble N, Freund M, Rumbel J, Eades S, Sanson-Fisher R et al. How can dementia diagnosis and care for Aboriginal and Torres Strait Islander people be improved? Perspectives of healthcare providers providing care in Aboriginal community controlled health services. *BMC Health Serv Res.* 2021;21:699.
48. Igwesi-Chidobe C. Obstacles to obtaining optimal physiotherapy services in a rural community in southeastern Nigeria. *Rehabil Res Pract.* 2012;2012:909675.
49. Voillemont C, Imbault E, Schoenberger M, Di Patrizio P. Care and management of adults with autism spectrum disorder in family practice: difficulties experienced by general practitioners. *Fam Pract.* 2021;39:464–70.
50. Cabral L, Muhr K, Savageau J. Perspectives of people who are deaf and hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Ment Health J.* 2013;49:649–57.
51. Deng Y, Wang A-L, Frasso R, Ran M-S, Zhang T-M, Kong D et al. Mental health-related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county. *Int J Soc Psychiatry.* 2022;68:610–18.
52. Aenishanslin J, Amara A, Magnusson L. Experiences accessing and using rehabilitation services for people with physical disabilities in Sierra Leone. *Disabil Rehabil.* 2022;44:34–43.
53. Cassell CH, Mendez DD, Strauss RP. Maternal perspectives: qualitative responses about perceived barriers to care among children with orofacial clefts in North Carolina. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49:262–9.
54. Ganle JK, Otupiri E, Obeng B, Edusie AK, Ankomah A, Adanu R. Challenges women with disability face in accessing and using maternal healthcare services in Ghana: a qualitative study. *Plos One.* 2016;11:e0158361.
55. Hasan AA, Musleh M. Barriers to seeking early psychiatric treatment amongst first-episode psychosis patients: a qualitative study. *Issues Mental Health Nurs.* 2017;38:669–77.
56. Nuri RP, Aldersey HM, Ghahari S, Huque AS. Service providers' perspectives in providing services to children with disabilities and their families in Bangladesh. *Disabil Rehabil.* 2022;44:4700–08
57. Allen APT, Bolton WS, Jalloh MB, Halpin SJ, Jayne DG, Scott JDA. Barriers to accessing and providing rehabilitation after a lower limb amputation in Sierra Leone – a multidisciplinary patient and service provider perspective. *Disabil Rehabil.* 2022;44:2392–99.
58. Nguyen A, Liamputtong P, Horey D. Reproductive health care experiences of people with physical disabilities in Vietnam. *Sex Disabil.* 2019;37:383–400.
59. Smeltzer SC, Mitra M, Long-Bellil L, Iezzoni LI, Smith LD. Obstetric clinicians' experiences and educational preparation for caring for pregnant women with physical disabilities: a qualitative study. *Disabil Health J.* 11:8–13.
60. Schildberger B, Zenzmaier C, Konig-Bachmann M. Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:201.
61. Kaufman EA, McDonnell MG, Cristofalo MA, Ries RK. Exploring barriers to primary care for patients with severe mental illness: frontline patient and provider accounts. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33:172–80.

62. Ee J, Kroese BS, Lim JM, Rose J. What do specialist mental health professionals think of the mental health services for people with intellectual disabilities in Singapore? *J Intellect Disabil.* 2022;26:972–989.
63. Bradbury-Jones C, Breckenridge JP, Devaney J, Duncan F, Kroll T, Lazenbatt A et al. Priorities and strategies for improving disabled women’s access to maternity services when they are affected by domestic abuse: a multi-method study using concept maps. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:350
64. Oyelade OO, Nkosi-Mafutha NG. Living beyond the limitation: rehabilitation, life and productivity of individuals with schizophrenia in South-West Nigeria. *Health Expect.* 2021;24:198–208.
65. Borade N, Ingle A, Nagarkar A. Lived experiences of people with mobility-related disability using assistive devices. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 16:730–4.
66. Knowledge, attitudes and practices in eye health and disability in Sierra Leone: study report 2014. *Sightsavers;* 2014.
67. da Silva VA, Busnello ARR, Cavassin RC, Loureiro APC, Moser ADD, Carvalho DR. Physiotherapy access for children and adolescents with physical disabilities in public institutions. *Cien Saude Colet.* 25:2859–70.
68. Marthoenis M, Aichberger MC, Schouler-Ocak M. Patterns and determinants of treatment seeking among previously untreated psychotic patients in Aceh Province, Indonesia: a qualitative study. *Scientifica.* 2016;2016:9136079.
69. Zuurmond M, Mactaggart I, Kannuri N, Murthy G, Oye JE, Polack S. Barriers and facilitators to accessing health services: a qualitative study amongst people with disabilities in Cameroon and India. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:1126.
70. Webb CM, Collin SM, Deave T, Haig-Ferguson A, Spatz A, Crawley E. What stops children with a chronic illness accessing health care: a mixed methods study in children with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *BMC Health Serv Res.* 2011;11:308.
71. Poon WC, Joubert L, Harvey C. Experiences of Chinese migrants caring for family members with schizophrenia in Australia. *Soc Work Health Care.* 2013;52:144–65.
72. Beare S, Simpson E, Gray K, Andjelic D. Rapid integration of Zika virus prevention within sexual and reproductive health services and beyond: programmatic lessons from Latin America and the Caribbean. *Glob Health Sci Pract.* 2019;7:116–27. doi: <https://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00356>.
73. [Lindsay S, King G, Klassen AF, Esses V, Stachel M. Working with immigrant families raising a child with a disability: challenges and recommendations for healthcare and community service providers. *Disabil Rehabil.* 2012;34:2007–17.](#)
74. [Guzder J, Yohannes S, Zerkowitz P. Helpseeking of immigrant and native born parents: a qualitative study from a montreal child day hospital. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22:275–81.](#)
75. [Bright T, Wallace S, Kuper H. A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:2165.](#)

1. Porat O, Heruti R, Navon-Porat H, Hardoff D. Counseling young people with physical disabilities regarding relationships and sexuality issues: utilization of a novel service. *Sex Disabil.* 2012;30:311–7.
2. Murphy KA, Stone EM, Presskreischer R, McGinty EE, Daumit GL, Pollack CE. Cancer screening among adults with and without serious mental illness a mixed methods study. *Med Care.* 2021;59:327–33.
3. Harris MG, Baxter AJ, Reavley N, Diminic S, Pirkis J, Whiteford HA. Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;25:548–61.
4. Bay N, Bjornestad J, Johannessen JO, Larsen TK, Joa I. Obstacles to care in first-episode psychosis patients with a long duration of untreated psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2014;10:71–6.
5. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Ly SF, Bonnington O et al. Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res.* 2015;228:612–9.
6. 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:E111–E8.
7. Gailits N, Mathias K, Nouvet E, Pillai P, Schwartz L. Women’s freedom of movement and participation in psychosocial support groups: qualitative study in northern India. *BMC Public Health.* 2019;19:725. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7019-3>.
8. [Oexle N, Waldmann T](#), Staiger T, Xu Z, Rüschi N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:169–75.
9. [Reimer-Kirkham S, Astle B](#), Ero I, Imafidon E, Strobell E. Mothering, albinism and human rights: the disproportionate impact of health-related stigma in Tanzania. *Found Sci.* [2020:1–22](#).
10. [Wilbur J, Jones H](#). *Disability: making CLTS fully inclusive*: Institute of Development Studies; 2014.
11. [UNICEF. Good practices in the provision of accessible and inclusive WASH services. UNICEF Country Offices.](#) New York; 2015.
12. [Collins RL, Wong EC, Breslau J, Burnam MA, Cefalu M, Roth E](#). Social marketing of mental health treatment: California’s mental illness stigma reduction campaign. *Am J Public Health.* 2019;109:S228–S35. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305129>.
13. [Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P](#). Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011. *Br J Psychiatry.* 2013;202(S55):S95–S101.
14. [Learning from a disability-inclusive sexual reproductive health and rights programme \(WISH2ACTION\).](#) *Humanity & Inclusion*; 2021.
15. [Evans-Lacko S, Malcolm E](#), West K, Rose D, London J, Rüschi N et al. Influence of Time to Change’s social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;55:S77–88.

76. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011. *Br J Psychiatry*. 2013;202:S95–S101. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113746.
77. Thornicroft A, Goulden R, Shefer G, Rhydderch D, Rose D, Williams P et al. Newspaper coverage of mental illness in England 2008–2011. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;55:S64–9.
78. Hermaszewska S, Sweeney A, Sin J. Time to change course in stigma research? *J Ment Health*. 2022;31:1–4.
79. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. UN Office of the High Commissioner on Human Rights; 2018.
80. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>, accessed November 2022).
81. United Nations Population Fund. Women and young persons with disabilities. Guidelines for providing rights-based and gender-responsive services to address gender-based violence and sexual and reproductive health and rights. UNFPA; 2018.
82. Szmukler G. “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019;18:34–41.
83. Blanck P, Martinis JG. “The right to make choices”: the national resource center for supported decision-making. *Inclusion*. 2015;3:24–33.
84. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*. 2019;18:43–44.
85. Flynn E. The rejection of capacity assessments in favor of respect for will and preferences: the radical promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019;18:50–51.
86. Jameson JM, Riesen T, Polychronis S, Trader B, Mizner S, Martinis J et al. Guardianship and the potential of supported decision making with individuals with disabilities. *Res Pract Persons Severe Disabl*. 2015;40:36–51.
87. Sashidharan S, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ*. 2017;357:j2904.
88. Hillgrove T, Blyth J, Kiefel-Johnson F, Pryor W. A synthesis of findings from ‘rapid assessments’ of disability and the COVID-19 pandemic: implications for response and disability-inclusive data collection. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:9701. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18189701>.
89. Rohwerder B, Thompson S, Shaw J, Wickenden M, Kayastha S, Sigdel A et al. ‘Because of COVID, everything is a mess’. How have people with disabilities experienced the pandemic in Nepal and Bangladesh? Brighton: Institute of Development Studies; 2021 (<https://www.ids.ac.uk/publications/because-of-covid-everything-is-a-mess-how-have-people-with-disabilities-experienced-the-pandemic-in-nepal-and-bangladesh/>, accessed November 2021).
90. Rohwerder B, Njungi J, Wickenden M, Thompson S, Shaw J. “This time of Corona has been hard”: people with disabilities’ experiences of the COVID-19 pandemic in Kenya. Brighton: Institute of Development Studies; 2021
91. Meaney-Davis J, Lee H, Corby N. [The impacts of COVID-19 on people with disabilities: a rapid review](#). London: Disability Inclusion Helpdesk; 2020.

92. Ambrogi IG, Brito L, Diniz D. The vulnerabilities of lives: Zika, women and children in Alagoas State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2021;36:e00032020. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00032020>.
93. [Pereira SO, de Oliveira JT, de Vasconcellos MS, dos Santos DN](#). Disability and income transfer in relation to congenital Zika syndrome: a study of provisional measure 894/2019. *Interface-Comunicação Saúde Educação*. 2021;25:15. doi: 10.1590/ [interface.200144](#).
94. [Elpers J, Lester C, Shinn JB, Bush ML](#). Rural family perspectives and experiences with early infant hearing detection and intervention: a qualitative study. *J Community Health*. 2016;41:226–33.
95. [Gibbons HM, Owen R, Heller T](#). Perceptions of health and healthcare of people with intellectual and developmental disabilities in Medicaid Managed Care. *Intellect Dev Disabil*. 2016;54:94–105.
96. [Roux-Levy P-H, Sanlaville D, De Fremerville B, Touraine R, Masurel A, Gueneau I et al](#). Care management in a French cohort with Down syndrome from the AnDDI-Rares/CNSA study. *Eur J Med Genet*. 2021;64:104290
97. [Gallego G, Dew A, Lincoln M, Bundy A, Chedid RJ, Bulkeley K et al](#). Access to therapy services for people with disability in rural Australia: a carers' perspective. *Health Soc Care Community*. 2017;25:1000–10.
98. [Alduhaim A, Purcell A, Cumming S, Doble M](#). Parents' views about factors facilitating their involvement in the oral early intervention services provided for their children with hearing loss in Kuwait. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;128:109717.
99. [Bernal OA, McClintock HF, Kurichi JE, Kwong PL, Xie D, Streim JE et al](#). Patient satisfaction and perceived quality of care among younger Medicare beneficiaries according to activity limitation stages. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100:289–99.
100. [Guerin BM, Payne DA, Roy DE, McPherson KM](#). "It's just so bloody hard": recommendations for improving health interventions and maternity support services for disabled women. *Disabil Rehabil*. 2017;39:2395–403.
101. [Jindal P, MacDermid JC, Rosenbaum P, DiRezze B, Narayan A](#). Perspectives on rehabilitation of children with cerebral palsy: exploring a cross-cultural view of parents from India and Canada using the international classification of functioning, disability and health. *Disabil Rehabil*. 2018;40:2745–55.
102. [Gupta A, Kavanagh A, Disney G](#). The impact of and government planning and responses to pandemics for people with disability: a rapid review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:6505. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126505>.
103. [Wickenden JM, Hart T, Thompson S, Pienaar G, Rubaba T, Bohler-Muller N](#). Literature review to support a survey to understand the socio-economic, wellbeing and human rights related experiences of people with disabilities during COVID-19 lockdown in South Africa Brighton, UK: Institute of Development Studies; 2022 (<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/17206>, accessed November 2022).
104. [Wilbur J, Scherer N, Mactaggart I, Shrestha G, Mahon T, Torondel B et al](#). Are Nepal's water, sanitation and hygiene and menstrual hygiene policies and supporting documents inclusive of disability? A policy analysis. *Int J Equity Health*. 2021;20:157. doi: 10.1186/ [s12939-021-01463-w](#).

0. Moore A, Lynch H. Accessibility and usability of playground environments for children under 12: a scoping review. *Scand J Occup Ther.* 2015;22:331–44. doi: 10.3109/11038128.2015.1049549.
1. National roadmap for improving the health of people with intellectual disability. Australian Government Department of Health and Aged Care; 2021.
2. National Council on Disability. Enforceable accessible medical equipment standards: a necessary means to address the health care needs of people with mobility disabilities. Washington, DC; 2021.
3. Saleeby PW, Hunter-Jones J. Identifying barriers and facilitators to breast health services among women with disabilities. *Soc Work Public Health.* 2016;31:255–63.
4. Henderson J, Battams S. Mental health and barriers to the achievement of the 'right to health'. *Aust J Prim Health.* 2011;17:220–6.
5. National Council on Disability. Medical futility and disability bias: part of the bioethics and disability series. Washington, DC; 2019
6. Nuri RP, Aldersey HM, Ghahari S, Huque AS. Service providers' perspectives in providing services to children with disabilities and their families in Bangladesh. *Disabil Rehabil.* 2021:1–9.
7. UN Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013, A/HRC/22/53. 2013 (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf, accessed November 2022).
8. [Morrison J, Basnet M](#), Budhathoki B, Adhikari D, Tambahangphe K, Manandhar D et al. [Disabled women's maternal and newborn health care in rural Nepal: a qualitative study. Midwifery.](#) 2014;30:1132–9.
9. [Casebolt MT.](#) [Barriers to reproductive health services for women with disability in low- and middle-income countries: a review of the literature. Sex Reprod Healthc.](#) 2020;24:100485.
10. [White S, Kuper H, Itimu-Phiri A, Holm R, Biran A.](#) A qualitative study of barriers to [accessing water, sanitation and hygiene for disabled people in Malawi. PLoS One.](#) 2016;11:e0155043. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0155043>.
11. [Hailegiorgis B, Kebede A](#), Lemecha G, Mekonta L. Gender equality and social inclusion [overview for the WASH sector in Ethiopia. IRC;](#) 2021.
12. [COWASH.](#) [Gender transformative and disability inclusive WASH strategy. CMP;](#) 2021. (https://www.cmpethiopia.org/media/gender_transformative_disability_inclusive_wash_strategy_in_cowash_iv_final4, accessed November 2022).
13. [Himanen A.](#) [COWASH Learning Note: including persons with disabilities in the improvement of WASH services. CMP;](#) 2020 (https://www.ircwash.org/sites/default/files/cowash_learning_note_disabilities_final.pdf, accessed November 2022).
14. [International Disability Alliance.](#) [Two stories from South Africa: how a simple consultation could prevent current massive problems. IDA;](#) 2021. <https://www.internationaldisabilityalliance.org/SA-Covid19>, accessed November 2022).

105. Mactaggart I, Baker S, Bambery L, Iakavai J, Kim MJ, Morrison C et al. Water, women and disability: using mixed-methods to support inclusive WASH programme design in Vanuatu. *Lancet Reg Health West Pac.* 2021;8:100109. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100109>.
106. Snel M, Bostoën K, Biran A. Strengthening the role of WASH and disabilities in Bangladesh. *IRC*; 2015.
107. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Disability and development report, 2018. *Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with persons with disabilities.* New York: United Nations; 2018 (<https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>, accessed November 2022).
108. Okoro CA, Courtney-Long E, Cyrus AC, Zhao G, Wheaton AG. Self-reported short sleep duration among US adults by disability status and functional disability type: results from the 2016 behavioral risk factor surveillance system. *Disabil Health J.* 2020;13:100887. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100887.
109. Mitra S, Palmer M, Kim H, Mont D, Groce N. Extra costs of living with a disability: a review and agenda for research. *Disabil Health J.* 2017;10:475–84.
110. Reichard A, Stolze H, Fox MH. Health disparities among adults with physical disabilities or cognitive limitations compared to individuals with no disabilities in the United States. *Disabil Health J.* 2011;4:59–67. doi: 10.1016/j.dhjo.2010.05.003.
111. Adigun OT, Mngomezulu TP. 'They forget I'm deaf': exploring the experience and perception of deaf pregnant women attending antenatal clinics/care. *Ann Glob Health.* 2020;86:96.
112. Sakellariou D, Rotarou ES. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open.* 2017;7:e016614.
113. Wong JL, Alschuler KN, Mroz TM, Hreha KP, Molton IR. Identification of targets for improving access to care in persons with long term physical disabilities. *Disabil Health J.* 2012;366–74.
114. International Labour Office. *World Social Protection Report 2020–22: Social protection at the crossroads – in pursuit of a better future.* Geneva: ILO; 2021.
115. Grosh M, Del Ninno C, Tesliuc E, Ouerghi A. For protection and promotion: the design and implementation of effective safety nets. World Bank Publications; 2008.
116. UNICEF. *Seen, counted, included: using data to shed light on the well-being of children with disabilities.* UNICEF; 2021.
117. Steinwede J, Harand J. *Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung.* 2022.
118. Mutwali R, Ross E. Disparities in physical access and healthcare utilization among adults with and without disabilities in South Africa. *Disabil Health J.* 2019;12:35–42. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.07.009.
119. Emerson E, Hatton C, Baines S, Robertson J. The association between employment status and health among British adults with and without intellectual impairments: cross-sectional analyses of a cohort study. *BMC Public Health.* 2018;18:1–10.
120. Antonisse L, Garfield R. *The relationship between work and health: findings from a literature review.* California: Henry J Kaiser Family Foundation; 2018.

15. Raghupathi V, Raghupathi W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Arch Public Health*. 2020;78:1–18.
16. International Disability Alliance (IDA). IDA Inclusive Education Report. IDA; 2020.
17. Educating the world’s most vulnerable children. New York: UNICEF. USA; 2014.
18. World Health Organization and United Nations Children’s Fund. Global report on assistive technology. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2022.
19. Solovieva TI, Dowler DL, Walls RT. Employer benefits from making workplace accommodations. *Disabil Health J*. 2011;4:39–45.
20. Emerson E, Robertson J, Hatton C, Baines S. Risk of exposure to air pollution among British children with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2019;63:161–7. doi: 10.1111/jir.12561.
21. Mactaggart I, Baker S, Bambery L, Iakavai J, Kim MJ, Morrison C et al. Water, women and disability: using mixed-methods to support inclusive wash programme design in Vanuatu. *Lancet Reg Health West Pac*. 2021;8:100109.
22. Szporluk M. The right to adequate housing for persons with disabilities: living in cities. Towards inclusive cities: United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat); 2015.
23. United Nations Human Settlement Programme (UN-Habitat). The right to adequate housing for persons with disabilities living in cities. Nairobi: UN-Habitat; 2015 (<https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/Disability%20Report.pdf>, accessed November 2022).
24. [Brown M, McCann E. Homelessness and people with intellectual disabilities: a systematic review of the international research evidence. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021;34:390–401. doi: 10.1111/jar.12815.](#)
25. [World mental health report. Geneva: World Health Organization; 2022.](#)
26. [United Nations. Committee on the Rights of Persons with Disabilities concluding observations related to children. UN Office of the High Commissioner on Human Rights; 2014.](#)
27. [Groce NE. Adolescents and youth with disability: issues and challenges. *Asia Pac Disabil Rehabil J*. 2004;15:13–32.](#)
28. [Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. Bearing the brunt of COVID-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*. 2020;368:m1052.](#)
29. [House of Commons: Health and Social Care Committee. The treatment of autistic people and people with learning disabilities. UK Parliament; 2021.](#)
30. [Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011;378:1664–75.](#)
31. [Mfoafo-M’Carthy M, Huls S. Human rights violations and mental illness: implications for engagement and adherence. *Sage Open*. 2014.;4\(1\). doi: 10.1177/2158244014526209.](#)
32. [Human Rights Watch. “They stay until they die”. A lifetime of isolation and neglect in institutions for people with disabilities in Brazil. 2018.](#)

33. Cohen A, Minas H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26:4–9.
34. Fulfilling potential: building a deeper understanding of disability in the UK today. Department for Work and Pensions London; 2013.
35. Equality and Human Rights Commission. Being disabled in Britain: a journey less equal. UK: EHRC; 2017.
36. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *Am J Public Health.* 2015;105:S198–S206.
37. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med.* 2015;126:26–35.
38. Macdonald SJ, Deacon L, Nixon J, Akintola A, Gillingham A, Kent J et al. 'The invisible enemy': disability, loneliness and isolation. *Disabil Soc.* 2018;33:1138–59.
39. Emerson E, Fortune N, Llewellyn G, Stancliffe R. Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: cross-sectional study. *Disabil Health J.* 2021;14:100965.
40. Schwartz N, Buliung R, Wilson K. Disability and food access and insecurity: a scoping review of the literature. *Health Place.* 2019;57:107–21.
41. Heflin CM, Corcoran ME, Siefert KA. Work trajectories, income changes, and food insufficiency in a Michigan welfare population. *Soc Serv Rev.* 2007;81:3–25.
42. Coleman-Jensen A, Gregory C, Singh A. Household food security in the United States in 2013. United States Department of Agriculture Economic Research Report. 2014.
43. Swenor B, Cahill RM, Samuel LJ. Food insecurity in the disability community: disparities in SNAP access. *Health Aff Blog.* 2021.
44. Swenor BK. Including disability in all health equity efforts: an urgent call to action. *Lancet Public Health.* 2021;6:e359–e60.
45. Relyea E, MacDonald B, Cattaruzza C, Marshall D. On the margins of death: a scoping review on palliative care and schizophrenia. *J Palliat Care.*34:62–9.
46. Kisia J, Mwenda V, Nyapera V, Otieno D, Mwangovya H, Munyendo D et al. Childhood disability and malnutrition in Turkana Kenya: a summary report for stakeholders and policy. Kenyan Red Cross Society, CBM East Africa Regional Office, International Centre for Evidence in Disability, and London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014 (<https://www.lshtm.ac.uk/sites/default/files/2019-06/Malnutrition-and-Disability-Report-Full-Report.pdf>, accessed November 2022).
47. Consortium "United Nations workstream on Covid-disability inclusive health response; recovery. *Disability and COVID-19: ensuring no one is left behind.* *Arch Public Health.* 2021;79:148. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s13690-021-00656-7>.
48. UN Habitat. *Accessibility of housing: a handbook of inclusive affordable housing solutions for persons with disabilities and older persons.* UN-Habitat Nairobi, Kenya; 2014.
49. *Urban Management Department of the Lebanese Company for the Development and Reconstruction of Beirut Central District (SOLIDERE), United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA), 2003–2004, (The Sphere Project, 2011) (Stakes for the United Nations, 2003).*

50. Mkabile S, Swartz L. Putting cultural difference in its place: barriers to access to health services for parents of children with intellectual disability in an urban African setting. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68:1614–22
51. Pearson J, Payne D, Yoshida K, Garrett N. Access to and engagement with cervical and breast screening services for women with disabilities in Aotearoa New Zealand. *Disabil Rehabil*. 2022;44:1984–95
52. Gormez A, Kurtulmus A, Ince Z, Torun P, Uysal O, Citak S. Psychiatric symptoms, challenging behaviour and utilization of psychiatric services among adults with intellectual disabilities in Turkey. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33:1038–48.
53. Kumurenzi A, Goliath C, Mji G, Mlenzana N, Joseph C, Stathum S et al. Experiences of patients and service providers with out-patient rehabilitation services in a rehabilitation centre in the Western Cape Province. *Afr J Disabil*. 2015;4:164.
54. Lee S, Waters F, Briffa K, Fary RE. Limited interface between physiotherapy primary care and people with severe mental illness: a qualitative study. *J Physiother*. 2017;63:168–74.
55. Man J, Kangas M. Service satisfaction and helpfulness ratings, mental health literacy and help seeking barriers of carers of individuals with dual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019;32:184–93.
56. Di Lorito C, Bosco A, Booth V, Goldberg S, Harwood RH, Van der Wardt V. Adherence to exercise interventions in older people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep*. 2020;19:101139. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101139>.
57. [Breckenridge JP, Devaney J, Kroll T, Lazenbatt A, Taylor J, Bradbury-Jones C](#). Access and utilisation of maternity care for disabled women who experience domestic abuse: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:234.
58. [Roll AE](#). Health promotion for people with intellectual disabilities – a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2018;32:422–9. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/scs.12448>.
59. [Smith BJ, Thomas M, Batras D](#). Overcoming disparities in organized physical activity: findings from Australian community strategies. *Health Promot Int*. 2016;31:572–81. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav042>.
60. [Badu E, Gyamfi N, Opoku MP, Mprah WK, Edusei AK](#). Enablers and barriers in accessing sexual and reproductive health services among visually impaired women in the Ashanti and Brong Ahafo regions of Ghana. *Reprod Health Matters*. 2018;26:51–60.
61. [McIntyre J, Cleland KE, Ramklass S](#). Access to wheelchairs by persons with mobility impairment in a remote rural district of KwaZulu-Natal, South Africa: therapists' perspectives. *Rural Remote Health*. 2021;21:5855.
62. [Mji G, Braathen SH, Vergunst R, Scheffler E, Kritzinger J, Mannan H](#) et al. Exploring the interaction of activity limitations with context, systems, community and personal factors in accessing public health care services: A presentation of South African case studies. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9:1166.
63. [Pitman AL, Osborn DPJ, Wright CA, Nazareth I, King MB](#). Cardiovascular screening of people with severe mental illness in England: views of service users and providers. *Psychiatr Serv*. 2011;62:1338–45.

121. International Disability Alliance. Voices from Colombia: two women with physical disabilities share their COVID experience. 2020. (<https://www.internationaldisabilityalliance.org/covid-colombia>, accessed November 2022)
122. Pradhan A, Slade G, Spencer A. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dental J.* 2009;54:204–11.
123. NHS. NHS Digital report. 2019.
124. Fiander AN, Vanneste T. [transportMYpatient](#): an initiative to overcome the barrier of transport costs for patients accessing treatment for obstetric fistulae and cleft lip in Tanzania. *Trop Doct.* 2012;42:77–9. doi: 10.1258/td.2011.110423.
125. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet.* 2012;379:1621–9. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61851-5.
126. Austin A, Herrick H, Proescholdbell S, Simmons J. Disability and exposure to high levels of adverse childhood experiences: effect on health and risk behavior. *N C Med J.* 2016;77:30–6.
127. U.S. Bureau of Justice Statistics. [Crime against persons with disabilities, 2009–2019 Statistical Tables.](#) 2020
128. Rodriguez P, Rosenthal E, Ahern L, Santos N, Cancino I, Lopez P et al. Twice violated. Abuse and denial of sexual and reproductive rights of women with psychosocial disabilities in Mexico. Washington DC: Disability Rights International; 2015 (<https://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Mexico-report-English-web.pdf>, accessed November 2022).
129. Abuse of older people. World Health Organization. 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>, accessed November 2022).
130. Violence against women prevalence estimates, 2018 – Global fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.6>, accessed November 2022).
131. Dunkle K, Heijden I, Stern E, Chirwa E. Disability and violence against women and girls. London: UKaid; 2018.
132. Yon Y, Mikton C, Gassoumis ZD, Wilber KH. The prevalence of self-reported elder abuse among older women in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2019;20:245–59.
133. Scolese A, Asghar K, Pla Cordero R, Roth D, Gupta J, Falb KL. Disability status and violence against women in the home in North Kivu, Democratic Republic of Congo. *Glob Public Health.* 2020;15:985–98. doi: 10.1080/17441692.2020.1741661.
134. UN Committee on the Rights of the Child (CRC). General comment No. 13 (2011): The right of the child to freedom from all forms of violence, 18 April 2011, CRC/C/GC/13. 2011 (https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/crc.c.gc.13_en.pdf, accessed November 2022).
135. UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW). CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against women. 1992 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_E.pdf, accessed November 2022).

64. Emerson E, Llewellyn G. The exposure of children with and without disabilities to violent parental discipline: cross-sectional surveys in 17 middle-and low-income countries. *Child Abuse Negl.* 2021;111:104773.
65. Kavanagh A, Priest N, Milner A, Emerson E, King T. Gender, parental education and experiences of peer-victimization by disabled and non-disabled Australian children: findings from the Longitudinal Study of Australian Children. *Child Care Health Dev.* 2018;44:332–41.
66. Fang Z, Cerna-Turoff I, Zhang C, Lu M, Lachman JM, Barlow J. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6:313–23.
67. "I see that it is possible": building capacity for disability inclusion in gender-based violence programming in humanitarian settings. New York: Women's Refugee Commission and International Rescue Committee; 2015 (<https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/Disability-Inclusion-in-GBV-English.pdf>, accessed November 2022).
68. King T, Aitken Z, Milner A, Emerson E, Priest N, Karahalios A et al. To what extent is the [association between](#) disability and mental health in adolescents mediated by bullying? A [causal mediation analysis](#). *Int J Epidemiol.* 2018;47:1402–13.
69. "I see that it is possible": building capacity for disability inclusion in gender-based violence [programming in human](#)itarian settings. Women's Refugee Commission and International Rescue Committee; 2015 (<https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/Disability-Inclusion-in-GBV-English.pdf>, accessed November 2022)..
70. [Van Der Heijden I. What works](#) to prevent violence against women with disabilities. Pretoria: [WhatWorks To Prevent Violence](#); 2014.
71. [Cavanaugh CE, Messing JT](#), Del-Colle M, O'Sullivan C, Campbell JC. Prevalence and [correlates of suicidal behavior](#) among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41:372–83.
72. [Daveney J, Hassiotis A, Katona C](#), Matcham F, Sen P. Ascertainment and prevalence of [post-traumatic stress disorder](#) (PTSD) in people with intellectual disabilities. *J Mental Health Res Intellect Disabil.* 2019;12:211–33.
73. [Guidance note on disability](#) and emergency risk management for health. Geneva: [World Health Organization](#); 2013.
74. [Pacific Disability Forum. Disability and climate change in the Pacific: findings from Kiribati, Solomon Islands, and Tuvalu.](#) 2022.
75. [Coping capacity of persons](#) with disabilities in South Asia: a qualitative study of the [impacts and coping strategies](#) of persons with disabilities in communities in India, Nepal, [Bangladesh and Sri Lanka](#). *Humanity & Inclusion*; 2012.
76. [Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Building disability-inclusive societies in Asia and the Pacific: assessing progress of the Incheon Strategy.](#) [UNESCAP](#); 2017.
77. [Coping capacities of people](#) with disabilities in disasters: reflective study of Sri Lanka [floods January 2011.](#) *Humanity & Inclusion*; 2012.
78. [Martiello MA, Baldasseroni A](#), Buiatti E, Giacchi MV. Health effects of heat waves. *Ig Sanita Pubbl.* 2008;64:735–72.

79. Gutnik A, Roth M. Disability and climate change: how climate-related hazards increase vulnerabilities among the most at risk populations and the necessary convergence of inclusive disaster risk reduction and climate change adaptation. Lyon: Humanity & Inclusion; 2018.
80. Disability Inclusive Climate Action Research Program at McGill University and International Disability Alliance. Status report on disability inclusion in national climate commitments and policies. 2022.
81. Freitas PS, Soares GB, Mocelin HJ, Lamonato LC, Sales CM, Linde-Arias AR et al. How do mothers feel? Life with children with congenital Zika syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148 Suppl 2:20–8. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13044>.
82. [Lewallen S](#), Mousa A, Bassett K, Courtright P. Cataract surgical coverage remains lower in women. *Br J Ophthalmol*. 2009;93:295–8.
83. [Ramke J](#), Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: an indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. *PLoS One*. 2017;12:e0172342.
84. [Ibrahim N](#), Pozo-Martin F, Gilbert C. Direct non-medical costs double the total direct costs to patients undergoing cataract surgery in Zamfara state, northern Nigeria: a case series. *BMC health services research*. 2015;15:1–7.
85. [Mganga H](#), [Lewallen S](#), Courtright P. Overcoming gender inequity in prevention of blindness and visual impairment in Africa. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2011;18:98.
86. [Mitra M](#), Long-Bellil L, Powell R. Persons with disabilities and public health ethics. In: [Mastroianni AC](#), Kahn JP, Kass NE, editors. *The Oxford handbook of public health ethics: Oxford University Press*; 2019.
87. [Silberholz EA](#), Brodie N, Spector ND, Pattishall AE. Disparities in access to care in marginalized populations. *Curr Opin Pediatr*. 2017;29:718–27.
88. [Ayhan CHB](#), Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *Int J Health Serv*. 2020;50:44–61. doi: 10.1177/0020731419885093.
89. [McCann E](#), Lee R, Brown M. The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: a review of the literature. *Res Dev Disabil*. 2016;57:39–53. doi: 10.1016/j.ridd.2016.06.013.
90. United Nations General Assembly. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities to the 43rd Session of the Human Rights Council, A/HRC/43/41. 2019.
91. [Magana S](#), Parish S, Morales MA, Li H, Fujiura G. Racial and ethnic health disparities among people with intellectual and developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil*. 2016;54:161–72. doi: 10.1352/1934-9556-54.3.161.
92. [Morgan C](#), Fearon P, Lappin J, Heslin M, Donoghue K, Lomas B et al. Ethnicity and long-term course and outcome of psychotic disorders in a UK sample: the AESOP-10 study. *Br J Psych*. 2017;211:88. doi: 10.1192/bjp.bp.116.193342.
93. Australian Institute of Health and Welfare. ABS survey of disability, ageing and carers (SDAC). 2012.
94. [Avery S](#). Culture is inclusion: a narrative of Aboriginal and Torres Strait Islander people with disability. Sydney NSW: First Peoples Disability Network Australia; 2018.

95. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR's approach to forcibly displaced and stateless persons with disabilities, February 2022 (<https://www.unhcr.org/620672664>. pdf, accessed November 2022).
96. Human Rights Watch. People with disabilities at added risk in war, displacement. 2015 (<https://www.hrw.org/news/2015/12/03/people-disabilities-added-risk-war-displacement>, accessed November 2022).
97. Akseer N, Mehta S, Wigle J, Chera R, Brickman Z, Al-Gashm S et al. Non-communicable diseases among adolescents: current status, determinants, interventions and policies. *BMC Public Health*. 2020;20:1–20.
98. Ross SM, Smit E, Yun J, Bogart K, Hatfield B, Logan SW. Updated national estimates of disparities in physical activity and sports participation experienced by children and adolescents with disabilities: NSCH 2016–2017. *J Phys Act Health*. 2020;17:443–55. doi: 10.1123/jpah.2019-0421.
99. Froehlich-Grobe K, Lee J, Washburn RA. Disparities in obesity and related conditions among Americans with disabilities. *Am J Prev Med*. 2013;45:83–90. doi: 10.1016/j.amepre.2013.02.021.
100. Special Olympics. Special Olympics Healthy Athletes 2018–2019 prevalence report. 2019.
101. Barnhart WR, Whalen Smith CN, Coleman E, Riddle IK, Haverkamp SM. Living independent from tobacco reduces cigarette smoking and improves general health status among long-term tobacco users with disabilities. *Disabil Health J*. 2020;13:100882. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.100882.
102. Pechey R, Monsivais P. Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices: exploring the contributions of food expenditures. *Prev Med*. 2016;88:203–9.
103. Shuval K, Li Q, Gabriel KP, Tchernis R. Income, physical activity, sedentary behavior, and the 'weekend warrior' among US adults. *Prev Med*. 2017;103:91–7.
104. International Disability Alliance. "We either die of hunger or coronavirus", COVID-19 in Ecuador. 2020.
105. World Health Organization and World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>, accessed November 2022).
106. [Global Health Observatory: mortality](#). World Health Organization. 2021.
107. [Nampewo Z. Young women with disabilities and access to HIV/AIDS interventions in Uganda. *Reprod Health Matters*. 2017;25:121–7. doi: 10.1080/09688080.2017.1333895.](#)
108. [Lund EM. Community-based services and interventions for adults with disabilities who have experienced interpersonal violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2011;12:171–82. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1524838011416377>.](#)
109. [Naaldenberg J, Kuijken N, van Dooren K, de Valk HVL. Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: a structured review of literature. *Res Dev Disabil*. 2013;34:4534–45. doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.029.](#)
110. [Wetherill MS, Duncan AR, Bowman H, Collins R, Santa-Pinter N, Jackson M et al. Promoting nutrition equity for individuals with physical challenges: a systematic review of barriers and facilitators to healthy eating. *Prev Med*. 2021;153:106723. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.yjmed.2021.106723>.](#)

111. Rastad C, Martin C, Asenlof P. Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia. *Phys Ther.* 2014;94:1467–79. doi: 10.2522/ptj.20120443.
112. Scott HM, Haverkamp SM. Systematic review of health promotion programs focused on behavioral changes for people with intellectual disability. *Intellect Dev Disabil.* 2016;54:63– 76. doi: <https://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-54.1.63>.
113. [Bloemen MAT](#), [Backx FJG](#), [Takken T](#), [Wittink H](#), [Benner J](#), [Mollema J](#) et al. Factors associated with physical activity in children and adolescents with a physical disability: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2015;57:137–48. doi: 10.1111/dmcn.12624.
114. [Burns J](#), [Lampraki A](#). Coping with stress: the experiences of service-users with intellectual disabilities in forensic services. *J Intellect Disabil Offending Behav.* 2016;7:75-83. doi: [10.1108/jidob-09-2015-0031](https://doi.org/10.1108/jidob-09-2015-0031).
115. [Stern E](#), [van der Heijden I](#), [Dunkle K](#). How people with disabilities experience programs to prevent intimate partner violence across four countries. *Eval Program Plann.* 2020;79:101770. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.101770>.
116. [Akwataghibe N](#), [Wegelin M](#), [Postma L](#), [Fajemisin W](#), [Banda MM](#), [Khan F](#) et al. Exploring equity focus of the SHAWN WASH programme in Nigeria. *J Water Sanit Hyg Dev.* 2018;8:546–55. doi: [10.2166/washdev.2018.020](https://doi.org/10.2166/washdev.2018.020).
117. [Cather C](#), [Pachas GN](#), [Cieslak KM](#), [Evins AE](#). Achieving smoking cessation in individuals with schizophrenia: special considerations. *CNS Drugs.* 2017;31:471–81. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s40263-017-0438-8>.
118. [Price JH](#), [Khubchandani J](#), [Price JA](#), [Whaley C](#), [Bowman S](#). Reducing premature mortality in the mentally ill through health promotion programs. *Health Promot Pract.* 2016;17:617– 22. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1524839916656146>.
119. [Prochaska JJ](#), [Das S](#), [Young-Wolff KC](#). Smoking, mental illness, and public health. *Annu Rev Public Health.* 2017;38:165–85. doi: <https://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>.
120. [Bennett ME](#), [Wilson AL](#), [Genderson M](#), [Saperstein AM](#). Smoking cessation in people with schizophrenia. *Curr Drug Abuse Rev.* 2013;6:180–90.
121. [Roll AE](#), [Bowers BJ](#). Promoting healthy aging of individuals with developmental disabilities: a qualitative case study. *West J Nurs Res.* 2017;39:234–51. doi: [10.1177/0193945916668329](https://doi.org/10.1177/0193945916668329).
122. [Mikton C](#), [Maguire H](#), [Shakespeare T](#). A systematic review of the effectiveness of interventions to prevent and respond to violence against persons with disabilities. *J Interpers Violence.* 2014;29:3207–26. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0886260514534530>.
123. [Adams N](#), [Skelton DA](#), [Howel D](#), [Bailey C](#), [Lampitt R](#), [Fouweather T](#) et al. Feasibility of trial procedures for a randomised controlled trial of a community based group exercise intervention for falls prevention for visually impaired older people: the VIOLET study. *BMC Geriatr.* 2018;18:307. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0998-6>.
124. [Arbour-Nicitopoulos KP](#), [Grassmann V](#), [Orr K](#), [McPherson AC](#), [Faulkner GE](#), [Wright FV](#). A scoping review of inclusive out-of-school time physical activity programs for children and youth with physical disabilities. *Adapt Phys Activ Q.* 2018;35:111–38. doi: <https://dx.doi.org/10.1123/apaq.2017-0012>.

136. Barrado-Martin Y, Heward M, Polman R, Nyman SR. Acceptability of a Dyadic Tai Chi intervention for older people living with dementia and their informal carers. *J Aging Phys Act.* 2019;27:166–83. doi: <https://dx.doi.org/10.1123/japa.2017-0267>.
137. [de Jong LD, Coe D](#), Bailey C, Adams N, Skelton DA. Views and experiences of visually impaired older people and exercise instructors about the Falls Management [Exercise programme](#): a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2021;43:2561–7. doi: [10.1080/09638288.2019.1704894](https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1704894).
138. [Anderson RA, Wang J](#), Plassman BL, Nye K, Bunn M, Poole PA et al. Working together to learn new oral hygiene techniques: pilot of a carepartner-assisted intervention for persons with cognitive impairment. *Geriatr Nurs.* 2019;40:269–76. doi: [10.1016/j.gerinurse.2018.11.002](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.11.002).
139. [Ang DC, Kaleth AS](#), Bigatti S, Mazzuca SA, Jensen MP, Hilligoss J et al. Research to encourage exercise for fibromyalgia (REEF) use of motivational interviewing, outcomes from a randomized-controlled trial. *Clin J Pain.* 2013;29:296–304. doi: [10.1097/AJP.0b013e318254ac76](https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318254ac76).
140. [Araten-Bergman T](#), Bigby C. Violence prevention strategies for people with intellectual disabilities: a scoping review. *Aust Soc Work.* 2020;16. doi: [10.1080/0312407x.2020.1777315](https://doi.org/10.1080/0312407x.2020.1777315).
141. [Baksjoberget PE, Nyquist A](#), Moser T, Jahnsen R. Having fun and staying active! Children with disabilities and participation in physical activity: a follow-up study. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2017;37:347–58. doi: [10.1080/01942638.2017.1281369](https://doi.org/10.1080/01942638.2017.1281369).
142. [Bartlo P, Klein PJ](#). Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: systematic review of the literature. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2011;116:220–32. doi: <https://dx.doi.org/10.1352/1944-7558-116.3.220>.
143. [Mulligan H, Treharne GJ](#), Hale LA, Smith C. Combining self-help and professional help to minimize barriers to physical activity in persons with multiple sclerosis: a trial of the “Blue Prescription” approach in New Zealand. *J Neurol Phys Ther.* 2013;37:51–7. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/NPT.0b013e318292799e>.
144. [Mulligan H, Whitehead LC, Hale LA, Baxter GD, Thomas D](#). Promoting physical activity for individuals with neurological disability: indications for practice. *Disabil Rehabil.* 2012;34:1108–13. doi: [10.3109/09638288.2011.631683](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.631683).
145. [Anderson LL, Humphries K, McDermott S, Marks B, Sisarak J, Larson S](#). The state of the science of health and wellness for adults with intellectual and developmental disabilities. *Intellect Dev Disabilities.* 2013;51:385–98. doi: [10.1352/1934-9556-51.5.385](https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.5.385).
146. [Raab M, Dunst CJ, Hamby DW](#). Effectiveness of contrasting approaches to response-contingent learning among children with significant developmental delays and disabilities. *Res Pract Persons Severe Disabil.* 2016;41:36–51.
147. [Voillemont C, Imbault E, Schoenberger M, Di Patrizio P](#). Care and management of adults with autism spectrum disorder in family practice: difficulties experienced by general practitioners. *Fam Pract.* 2022;39:464–470.
148. [Lim M, Liberali S, Calache H, Parashos P, Borromeo G](#). Perspectives of the public dental workforce on the dental management of people with special needs. *Aust Dent J.* 2021;66:304–13.
149. [Wheeler AC, Wylie A, Villagomez A, Bishop E, Raspa M](#). Health care for individuals with fragile X syndrome: understanding access and quality. *Disabil Health J.* 2012;12:269–77.

125. Bailey DB Jr, Ventura LO. The likely impact of congenital Zika syndrome on families: considerations for family supports and services. *Pediatr.* 2018;141:S180–S7. doi: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-2038G>.
126. Tarasoff LA. "We don't know. We've never had anybody like you before": barriers to perinatal care for women with physical disabilities. *Disabil Health J.* 10:426–33.
127. Mitra M, Akobirshoev I, Moring NS, Long-Bellil L, Smeltzer SC, Smith LD et al. Access to and satisfaction with prenatal care among pregnant women with physical disabilities: findings from a national survey. *J Womens Health.* 2017;26:1356–63.
128. Tabril T, Chekira A, Touhami YO, El Allani L, Najid I, Hammani Z et al. The role of the general practitioner in management of psychiatric disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2020;68:185–92.
129. Jezzoni LI, Rao SR, Ressalam J, Bolcic-Jankovic D, Agaronnik ND, Donelan K et al. Physicians' perceptions of people with disability and their health care: study reports the results of a survey of physicians' perceptions of people with disability. *Health Aff.* 2021;40:297–306.
130. Mitchell R, Fajardo Pulido D, Ryder T, Norton G, Brodaty H, Draper B et al. Access to rehabilitation services for older adults living with dementia or in a residential aged care facility following a hip fracture: healthcare professionals' views. *Disabil Rehabil.* 2021;43:834–45.
131. McBain H, Mulligan K, Lamontagne-Godwin F, Jones J, Haddad M, Flood C et al. Implementation of recommended type 2 diabetes care for people with severe mental illness – a qualitative exploration with healthcare professionals. *BMC Psychiatry.* 2016;16:222.
132. Shor R, Shalev A. Barriers to involvement in physical activities of persons with mental illness. *Health Promot Int.* 2016;31:116–23. doi: 10.1093/heapro/dau078.
133. Mendoza-Vasconez AS, Linke S, Munoz M, Pekmezi D, Ainsworth C, Cano M et al. Promoting physical activity among underserved populations. *Curr Sports Med Rep.* 2016;15:290–7. doi: <https://dx.doi.org/10.1249/JSR.0000000000000276>.
134. Jirikowic TL, Kerfeld CI. Health-promoting physical activity of children who use assistive mobility devices: a scoping review. *Am J Occup Ther.* 2016;70:7005180050p1–p11. doi: <https://dx.doi.org/10.5014/ajot.2016.021543>.
135. Vereijken FR, Giesbers SA, Jahoda A, Embregts PJ. Homeward bound: exploring the motives of mothers who brought their offspring with intellectual disabilities home from residential settings during the COVID-19 pandemic. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2022;35:150–9. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jar.12930>.
136. Honingh AK, Koelewijn A, Veneberg B, ter Horst F, Sterkenburg PS. Implications of COVID-19 regulations for people with visual and intellectual disabilities: lessons to learn from visiting restrictions. *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2022;19:64–71. doi: 10.1111/jppi.12400.
137. The Arc, Autistic Self Advocacy Network, Center for Public Representation, Communication First, Bazelon Center for Mental Health Law, Disability Rights Education & Defence Fund. Evaluation Framework for Hospital Visitor Policies. 2020 (https://www.centerforpublicrep.org/wp-content/uploads/Disability-Org-Guidance-on-COVID-19-Hospital-Visitation-Policies_5-14-20_Final.pdf, accessed November 2022).
138. Rehabilitation: key for health in the 21st century. World Health Organization. 2017.

139. Meeks LM, Herzer KR. Prevalence of self-disclosed disability among medical students in US allopathic medical schools. *JAMA*. 2016;316:2271–2.
140. Coleman-Fountain E, Buckley C, Beresford B. Improving mental health in autistic young adults: a qualitative study exploring help-seeking barriers in UK primary care. *Br J Gen Pract*.70:e356–e63.
141. O'Halloran R, Worrall L, Hickson L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. *Int J Lang Commun Disord*. 2011;46:30–47.
142. Green AR, Wolff JL, Echavarria DM, Chapman M, Phung A, Smith D et al. How clinicians discuss medications during primary care encounters among older adults with cognitive impairment. *J Gen Intern Med*. 2020;35:237–46.
143. Samtani G, Bassford TL, Williamson HJ, Armin JS. Are researchers addressing cancer treatment and survivorship among people with intellectual and developmental disabilities in the US? A scoping review. *Intellect Dev Disabil*. 2021;59:141–54.
144. Mimmo L, Woolfenden S, Travaglia J, Harrison R. Partnerships for safe care: a meta-narrative of the experience for the parent of a child with intellectual disability in hospital. *Health Expect*. 2019;22:1199–212.
145. Peters K, Cotton A. Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities. *J Clin Nurs*. 2015;24:563–72.
146. Arulogun OS, Titiloye MA, Afolabi NB, Oyewole OE, Nwaorgu OGB. Experiences of girls with hearing impairment in accessing reproductive health care services in Ibadan, Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2013;17:85–93.
147. De Beaudrap P, Moute C, Pasquier E, Mac-Seing M, Mukangwije PU, Beninguisse G. disability and access to sexual and reproductive health services in Cameroon: a mediation analysis of the role of socioeconomic factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:417.
148. Hill C, Deville C, Alcorn S, Kiess A, Viswanathan A, Page B. Assessing and providing culturally competent care in radiation oncology for deaf cancer patients. *Adv Radiat Oncol*. 2020;5:333–44.
149. Makhoba M, Joseph N. Practices and views of audiologists regarding aural rehabilitation services for adults with acquired hearing loss. *S Afr J Commun Disord*. 2016;63:e1–e10.
150. Morris MA, Yorkston K, Clayman ML. Improving communication in the primary care setting: perspectives of patients with speech disabilities. *Patient*. 2014;7:397–401.
151. Morris MA, Dudgeon BJ, Yorkston K. A qualitative study of adult AAC users' experiences communicating with medical providers. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2013;8:472–81.
152. Adigun OT, Akinrinoye O, Obilor HN. Including the excluded in antenatal care: a systematic review of concerns for d/deaf pregnant women. *Behav Sci (Basel, Switzerland)*. 2021;11:67.
153. O'Halloran R, Grohn B, Worrall L. Environmental factors that influence communication for patients with a communication disability in acute hospital stroke units: a qualitative metasynthesis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93:S77–85.
154. Horner-Johnson W, Klein KA, Campbell J, Guise J-M. Experiences of women with disabilities in accessing and receiving contraceptive care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*; 2021;50:732–41.

155. Bradbury-Jones C, Breckenridge JP, Devaney J, Kroll T, Lazenbatt A, Taylor J. Disabled women's experiences of accessing and utilising maternity services when they are affected by domestic abuse: a critical incident technique study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:181.
156. Agaronnik ND, El-Jawahri A, Kirschner K, Iezzoni LI. Exploring cancer treatment experiences for patients with preexisting mobility disability. *Am J Phys Med Rehabil*. 2021;100:113–9.
157. Desroches ML, Howie VA, Wilson NJ, Lewis P. Nurses' attitudes and emotions toward caring for adults with intellectual disability: an international replication study. *J Nurs Scholarsh*. 2022;54:117–24. doi: 10.1111/jnu.12713.
158. Feldner HA, VanPuymbrouck L, Friedman C. Explicit and implicit disability attitudes of occupational and physical therapy assistants. *Disabil Health J*. 2022;15:101217. doi: 10.1016/j.dhjo.2021.101217.
159. Lagu T, Haywood C, Reimold K, DeJong C, Walker Sterling R, Iezzoni LI. 'I am not the doctor for you': physicians' attitudes about caring for people with disabilities: study examines physician attitudes about caring for people with disabilities. *Health Aff*. 2022;41:1387–95.
160. Mitra M, Long-Bellil LM, Iezzoni LI, Smeltzer SC, Smith LD. Pregnancy among women with physical disabilities: unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disabil Health J*. 2016;9:457–63. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.12.007.
161. Angus J, Seto L, Barry N, Cechetto N, Ch, ani S et al. Access to cancer screening for women with mobility disabilities. *J Cancer Educ*. 2012;27:75–82.
162. Patel P. Forced sterilization of women as discrimination. *Public Health Rev*. 2017;38:1–12. doi: 10.1186/s40985-017-0060-9.
163. Tilley E, Walmsley J, Earle S, Atkinson D. 'The silence is roaring': sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. *Disabil Soc*. 2012;27:413–26. doi: 10.1080/09687599.2012.654991.
164. Björnsdóttir K, Stefánsdóttir Á, Stefánsdóttir G. People with intellectual disabilities negotiate autonomy, gender and sexuality. *Sex Disabil*. 2017;35:295–311. doi: 10.1007/s11195-017-9492-x.
165. Trainor K, Leavey G. Barriers and facilitators to smoking cessation among people with severe mental illness: a critical appraisal of qualitative studies. *Nicotine Tob Res*. 2017;19:14–23.
166. Oakes LR, Thorpe S. The sexual health needs and perspectives of college students with intellectual and/or developmental disabilities and their support staff: a brief report. *Sex Disabil*. 2019;37:587–98. doi: 10.1007/s11195-019-09602-6.
167. Albuquerque MSV, Tereza ML, Melo AP, Valongueiro SA, Araújo TV, Pimentel C et al. Access to healthcare for children with congenital Zika syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. *Health Policy Plan*. 2019;34:499–507. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/heapol/czz059>.
168. [Bonder R, Wincentak J, Gan C, Kingsnorth S, Provvidenza CF, McPherson AC](#). "They assume that you're not having sex": a qualitative exploration of how paediatric healthcare providers can have positive sexuality-related conversations with youth with disabilities. *Sex Disabil*. 2021;39:579–94.

169. Tuffrey-Wijne I, Goulding L, Giatras N, Abraham E, Gillard S, White S et al. The barriers to and enablers of providing reasonably adjusted health services to people with intellectual disabilities in acute hospitals: evidence from a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2014;4:1–10. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004606.
170. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *obesity reviews*. 2015;16:319–26.
171. Flint SW. Time to end weight stigma in healthcare. *EClinicalMedicine*. 2021;34:100810.
172. Rotenberg S, Rodriguez Gatta D, Wahedi A, Loo R, McFadden E, Ryan S. Disability training for health workers: a global evidence synthesis. *Disabil Health J*. 2022;15:101260. doi: 10.1016/j.dhjo.2021.101260.
173. Moxham LP, Patterson C, Taylor E, Perlman D, Sumskis S, Brighton R. A multidisciplinary learning experience contributing to mental health rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2017;39:98–103. doi: 10.3109/09638288.2016.1146358.
174. O'Donovan JN, Namanda AS, Hamala R, Winters N, Bhutta MF. Exploring perceptions, barriers, and enablers for delivery of primary ear and hearing care by community health workers: a photovoice study in Mukono District, Uganda. *Int J Equity Health*. 2020;19:62. doi: 10.1186/s12939-020-01158-8.
175. Dagnan DM, Masson J, Thwaites R, James A, Hatton C. Training therapists to work with people with intellectual disability in improving access to psychological therapies (IAPT) services. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2018;31:760–7. doi: 10.1111/jar.12427.
176. Martin-Prudent A, Lartz M, Borders C, Meehan T. Early intervention practices for children with hearing loss: impact of professional development. *Commun Disord Q*. 2016;38:13–23.
177. Kilbourne AM, Goodrich DE, Lai Z, Almirall D, Nord KM, Bowersox NW et al. Reengaging veterans with serious mental illness into care: preliminary results from a national randomized trial. *Psychiatr Serv*. 2015;66:90-3.
178. Morriss R, Vinjamuri I, Faizal MA, Bolton CA, McCarthy JP. Training to recognise the early signs of recurrence in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;28:CD005147. doi: 10.1002/14651858.CD005147.pub2.
179. Happell B, Byrne L, McAllister M, Lampshire D, Roper C, Gaskin CJ et al. Consumer involvement in the tertiary-level education of mental health professionals: a systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23:3–16. doi: 10.1111/inm.12021.
180. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1:467–82. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6.
181. Meeks LM, Herzer K, Jain NR. Removing barriers and facilitating access: increasing the number of physicians with disabilities. *Acad Med*. 2018;93:540–3.
182. Pathare S, Funk M, Bold ND, Chauhan A, Kalha J, Krishnamoorthy S et al. Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. *Br J Psychiatry* 2021;218:196–203.
183. WHO QualityRights e-training on mental health. World Health Organization. 2019 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training>, accessed November 2022).

184. Moro MF, Pathare S, Zinkler M, Osei A, Puras D, Paccial RC et al. The WHO QualityRights initiative: building partnerships among psychiatrists, people with lived experience and other key stakeholders to improve the quality of mental healthcare. *Br J Psychiatry*. 2021;30:1–3.
185. Redfern H, Burton J, Lonne B, Seiffert H. Social work and complex care systems: the case of people hospitalised with a disability. *Aust Soc Work*. 2015;69:27–38.
186. Novak P, Feder KA, Ali MM, Chen J. Behavioral health treatment utilization among individuals with co-occurring opioid use disorder and mental illness: evidence from a national survey. *J Subst Abuse Treat*. 2019;98:47–52.
187. WaterAid and Australian Aid. Developing a participatory management tool for user-friendly water sanitation and hygiene in healthcare facilities. Water Aid; 2018 (<https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/developing-a-participatory-management-tool-for-user-friendly-wash-in-healthcare-facilities.pdf>, accessed November 2022).
188. [Water Aid and Australian Red Cross. Accessible WASH in Cambodia. Social Research Cambodia; 2014 \(https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Accessible%20WASH%20in%20Cambodia.pdf, accessed November 2022\)](https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Accessible%20WASH%20in%20Cambodia.pdf)
189. [Documenting Kenya's implementation of Sustainable Development Goals \(SDGs\) in compliance with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities \(CRPD\). World Blind Union; 2020.](https://www.worldblindunion.org/~/media/WorldBlindUnion/2020/06/Documenting%20Kenya's%20implementation%20of%20Sustainable%20Development%20Goals%20(SDGs)%20in%20compliance%20with%20the%20UN%20Convention%20on%20the%20Rights%20of%20Persons%20with%20Disabilities%20(CRPD).pdf)
190. Walker A, Alfonso ML, Colquitt G, Weeks K, Telfair J. "When everything changes:" parent perspectives on the challenges of accessing care for a child with a disability. *Disabil Health J*. 2016;9:157–61. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.06.002.
191. Rohwerder B. Operational practice paper. Disability inclusive humanitarian response. Brighton: Humanitarian Learning Centre, Institute of Development Studies; 2017.
192. Lathia C, Skelton P, Clift Z. Early rehabilitation in conflicts and disasters. Lyon: Handicap International; 2020 (https://hi.org/sn_uploads/document/36199-Humanity--Inclusion-Clinical-Handbook-web_1.pdf, accessed November 2022).
193. Reinhardt JD, Li J, James Gosney J, Rathore FA, Haig AJ, Marx M et al. Disability and health related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action*. 2011;4. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160807/pdf/GHA-4-7191.pdf>, accessed November 2022).
194. Lee H, Alghaib OA, Lauriciano R. Disability in Gaza: policy, barriers to inclusion and a mapping of interventions. London: Disability Inclusion Helpdesk UKAid; 2019 (<https://www.sddirect.org.uk/media/2055/no-12-disability-mapping-gaza.pdf>, accessed November 2022).
195. Olim N, Halimah S. Emergency trauma response to the Gaza mass demonstrations 2018–2019. A one-year review of trauma data and the humanitarian consequences. World Health Organization and Health Cluster; 2019
196. Lowe R, Barcellos C, Brasil P, Cruz OG, Honório NA, Kuper H et al. The Zika virus epidemic in Brazil: from discovery to future implications. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:96.
197. Robinson A, Marella M, Logam L. Gap analysis: the inclusion of people with disability and older people in humanitarian response. London: Elrha; 2020 (<https://www.elrha.org/researchdatabase/gap-analysis-humanitarian-inclusion-disabilities-older-people-literature-review/>, accessed November 2022).

198. Zarante I, Hurtado-Villa P, Walani SR, Kancherla V, Lopez Camelo J, Giugliani R et al. A consensus statement on birth defects surveillance, prevention, and care in Latin America and the Caribbean. *Pan Am J Public Health*. 2019;43:e2. doi: <https://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2019.2>.
199. Zai T, Yasuda PM, Rao S, Iizumi S, Vanderbilt DL, Deavenport-Saman A. Assessing the quality of the systems of care for children with congenital Zika virus infection and other neurodevelopmental disabilities in the United States Pacific Island Territories. *Hawaii J Health Soc Welf*. 2020;79:279–84.
200. Kapogiannis BG, Chakhtoura N, Hazra R, Spong CY. Bridging knowledge gaps to understand how Zika virus exposure and infection affect child development. *JAMA Pediatr*. 2017;171:478–85. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0002>.
201. Esquilín-Rivera IO, Reyes-Báez G, Pérez-Torres R. Ethical issues during Zika epidemic in Puerto Rico and the Americas. *PR Health Sci J*. 2018;37:S41–S4.
202. Bright T, Wallace S, Kuper H. A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:2165.
203. World Health Organization and UNICEF. Global report on assistive technology. 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451>, accessed November 2022).
204. R. Chan. Access to eye care utilisation among people with physical disability in Hong Kong. *Procedia Environ Sci*. 2016;36:46–9.
205. Marella M, Smith F, Hilfi L, Sunjaya DK. Factors influencing disability inclusion in general eye health services in Bandung, Indonesia: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:23.
206. CBM. Inclusion made easy in eye health programs: disability inclusive practices for strengthening comprehensive eye care. 2017.
207. Van Splunder J, Stilma JS, Bernsen RM, Evenhuis H. Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study. *Eye*. 2006;20:1004–10.
208. Waterworth CJ, Marella M, O'Donovan J, Bright T, Dowell R, Bhutta MF. Barriers to access to ear and hearing care services in low-and middle-income countries: a scoping review. *Glob Public Health*. 2022;23:1–25.
209. Orji A, Kamenov K, Dirac M, Davis A, Chadha S, Vos T. Global and regional needs, unmet needs and access to hearing aids. *Int J Audiol*. 2020;59:166–72.
210. Mirza M. Disability-inclusive healthcare in humanitarian camps: pushing the boundaries of disability studies and global health. *Disabil Glob South*. 2015;2:479–500 (<https://disabilityglobalsouth.files.wordpress.com/2012/06/dgs-02-01-05.pdf>, accessed November 2022).
211. Disability inclusion in the Syrian refugee response in Lebanon. New York: Women's Refugee Commission; 2013 ([https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Disability Inclusion in the Syrian Refugee Response in Lebanon.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Disability%20Inclusion%20in%20the%20Syrian%20Refugee%20Response%20in%20Lebanon.pdf), accessed November 2022).
212. International Telecommunication Union. ITU guidelines on how to ensure that digital information, services and products are accessible by all people, including persons with disabilities during COVID-19. ITU; 2020.

150. Shakespeare T, Watson N, Brunner R, Cullingworth J, Hameed S, Scherer N et al. Disabled people in Britain and the impact of the COVID-19 pandemic. *Soc Policy Adm.* 2022;56:103–17. doi: 10.1111/spol.12758.
151. Brunelli VN, Beggs RL, Ehrlich CE. Case study discussion: the important partnership role of Disability Nurse Navigators in the context of abrupt system changes because of COVID-19 pandemic. *Collegian.* 2021;28:628–34. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2021.04.007>.
152. Cho M, Kim KM. Effect of digital divide on people with disabilities during the COVID-19 pandemic. *Disabil Health J.* 2022;15:101214. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101214>.
153. International Disability Alliance. Survey of the experiences of persons with disabilities adapting to the COVID-19 global pandemic. 2021 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid-19_survey_report_final.pdf, accessed November 2022).
154. Bryant J, Holloway K, Lough O, Willitts-King B. Briefing note: bridging humanitarian digital divides during COVID-19. London: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute; 2020 (https://cdn.odi.org/media/documents/Bridging_humanitarian_digital_divides_during_Covid-19.pdf, accessed November 2022).
155. Castellanos-Torres E, Perez IC. Violence against women with disabilities in times of COVID-19 and experiences of sisterhood online groups. *Rev Esp Discapacidad-Redis.* 2020;8:211–21. doi: 10.5569/2340-5104.08.02.10.
156. Casswell J. The digital lives of refugees: how displaced populations use mobile phones and what gets in the way. GSMA; 2019 (<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/70843.pdf>, accessed November 2022).
157. Wickenden M, Shaw J, Thompson S, Rohwerder B. Lives turned upside down in COVID-19 times: exploring disabled people's experiences in 5 low-and-middle income countries using narrative interviews. *Disabil Studies Q.* 2021;41 (<https://dsq-sds.org/article/view/8375/6190>, accessed November 2022).
158. Annaswamy TM, Verduzco-Gutierrez M, Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disabil Health J.* 2020;13:100973. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100973>.
159. Moreland CJ, Ruffin CV, Morris MA, McKee M. Unmasked: how the COVID-19 pandemic exacerbates disparities for people with communication-based disabilities. *J Hosp Med.* 2021;16:185–8. doi: <https://dx.doi.org/10.12788/jhm.3562>.
160. Albahrouh SIB, Ali Jasem. Physiotherapists' perceptions of and willingness to use telerehabilitation in Kuwait during the COVID-19 pandemic. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021;21:122. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12911-021-01478-x>.
161. Oudshoorn CE, Frielink N, Riper H, Embregts PJ. Experiences of therapists conducting psychological assessments and video conferencing therapy sessions with people with mild intellectual disabilities during the COVID-19 pandemic. *Int J Dev Disabil.* 2021;1–9. doi: [10.1080/20473869.2021.1967078](https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1967078).
162. Embregts PJ, Tournier T, Frielink N. The experiences of psychologists working with people with intellectual disabilities during the COVID-19 crisis. *J Appl Res Intellect Disabilities (JARID).* 2022;35:295–8. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jar.12916>.

213. Junqueira CC, Leôncio AB, Vaz EM, Santos NC, Collet N, Reichert AP. Stimulation of children with congenital Zika syndrome at home: challenges for the caregivers. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41:e20190247. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190247>.
214. Campos TN, Schiariti V, Gladstone M, Melo A, Tavares JS, Magalhães A G et al. How congenital Zika virus impacted my child's functioning and disability: a Brazilian qualitative study guided by the ICF. *BMJ Open.* 2020;10:e038228. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038228>.
215. Santos-Pinto CB, Soares-Marangoni D, Ferrari FP, Ajalla ME, Venancio FA, da Rosa TS et al. Health demands and care of children with congenital Zika syndrome and their mothers in a Brazilian state. *BMC Public Health.* 2020;20:762. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08880-6>.
216. Lim MA, Liberali SA, Calache H, Parashos P, Borrromeo GL. Perceived barriers encountered by oral health professionals in the Australian public dental system providing dental treatment to individuals with special needs. *Spec Care in Dent.* 2021;41:381–90.
217. Calder A, Sole G, Mulligan H. The accessibility of fitness centers for people with disabilities: A systematic review. *Disabil Health J.* 2018;11:525–36. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.04.002.
218. Roberts DA, Herring M, Plotner A, Roach A. Physical activity in inclusive postsecondary education for students with intellectual disability. *J Postsecondary Educ Disabil.* 2018;31:239–52.
219. Goyal N, Raghavan S, Kothari K. Neglected and forgotten: women with disabilities during the COVID-19 crisis in India. New Delhi: Rising Flame and Sightsavers; 2020 (https://risingflame.org/wp-content/uploads/2020/07/NeglectedAndForgotten_RFandSS.pdf, accessed November 2022).
220. National Centre for Promotion of Employment for Disabled People (NCPEDP). Locked down and left behind: a report on the status of persons with disabilities in India during the COVID-19 crisis. New Delhi: NCPEDP; 2020 (<https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/report-locked-down-left-behind-a11y.pdf>, accessed November 2022).
221. Dean L, Millington KA, Thomson R, Tolhurst R. K4D Emerging issues report. Shaping health systems to include people with disabilities. London: UK Aid; 2018 (https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5d10b4aa40f0b62002ea4e02/EI012_Shaping_Health_Systems_to_Include_People_with_Disabilities.pdf, accessed November 2022).
222. Marshall J, Tanner JP, Kozyr YA, Kirby RS. Services and supports for young children with Down syndrome: parent and provider perspectives. *Child Care Health Dev.* 2015;41:365–73.
223. Larocca V, Arbour-Nicitopoulos KP, Tomasone JR, Latimer-Cheung AE, Bassett-Gunter RL. Developing and disseminating physical activity messages targeting parents: a systematic scoping review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:19. doi: 10.3390/ijerph18137046.
224. Perkins K, Columna L, Lieberman L, Bailey J. Parents' perceptions of physical activity for their children with visual impairments. *J Visual Impairment Blindness.* 2013;107:131–42. doi: 10.1177/0145482x1310700206.
225. Yates S, Dickinson H. Navigating complexity in a global pandemic: the effects of COVID-19 on children and young people with disability and their families in Australia. *Public Adm Rev.* 2021;81:1192–6. doi: 10.1111/puar.13352.

226. Epstein S, Campanile J, Cerilli C, Gajwani P, Varadaraj V, Swenor BK. New obstacles and widening gaps: a qualitative study of the effects of the COVID-19 pandemic on U.S. adults with disabilities. *Disabil Health J.* 2021;14:101103. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101103>.
227. Goggin G, Ellis K. *Disability, communication, and life itself in the COVID-19 pandemic.* *Health Sociol Rev.* 2020;29:168–76. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/14461242.2020.1784020>.
228. Kamalakannan S, Bhattacharjya S, Bogdanova Y, Papadimitriou C, Arango-Lasprilla JC, Bentley J et al. *Health risks and consequences of a COVID-19 infection for people with disabilities: scoping review and descriptive thematic analysis.* *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18084348>.
229. Rizzo JR, Beheshti M, Fang Y, Flanagan S, Giudice NA. COVID-19 and visual disability: can't look and now don't touch. *PM R.* 2021;13:415–21. doi: 10.1002/pmrj.12541.
230. Emirie G, Iyasu A, Gezahegne K, Jones N, Presler-Marshall E, Tilahun K et al. *Experiences of vulnerable urban youth under COVID-19: the case of youth with disabilities.* London: *Gender & Adolescence: Global Evidence (GAGE)*; 2020 (<https://www.gage.odi.org/wp-content/uploads/2020/08/Experiences-of-vulnerable-urban-youth-under-covid-19-the-case-of-youth-with-disabilities.pdf>, accessed November 2022).
231. Senjam SS. *Impact of COVID-19 pandemic on people living with visual disability.* *Indian J Ophthalmol.* 2020;68:1367–70. doi: https://dx.doi.org/10.4103/ijo.IJO_1513_20.
232. Kendall E, Ehrlich C, Chapman K, Shirota C, Allen G, Gall A et al. *Immediate and long-term implications of the COVID-19 pandemic for people with disabilities.* *Am J Public Health.* 2020;110:1774–9. doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2020.305890>.
233. Mishra P, Cousik R. *Making pandemic response disability inclusive: challenges and opportunities for organizations.* *Ind Organ Psychol; Perspectives on Science and Practice.* 2021;14:76–80. doi: 10.1017/iop.2021.19.
234. French-Lawyer J, Siano S, Ioerger M, Young V, Turk MA. *Health information seeking and people with disability: a systematic search and scoping review.* *Disabil Health J.* 2021;14. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100983.
235. Kett M, Cole E, Beato L, Carew M, Ngafuan R, Konneh S et al. *The Ebola crisis and people with disabilities' access to healthcare and government services in Liberia.* *Int J Equity Health.* 2021;20:247. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12939-021-01580-6>.
236. *Pan African Network of Persons with Psychosocial Disabilities.* Joint statement on COVID-19 and persons with psychosocial disabilities. *Disabil Inclusion Dev Res*; 2020 (<https://docplayer.net/196792876-Covid-19-and-persons-with-psychosocial-disabilities.html>, accessed November 2022).
237. Wiggins LD, Jett H, Meunier J. *Ensuring equitable COVID-19 vaccination for people with disabilities and their caregivers.* *Public Health Rep.* 2022;137:185–9. doi: 10.1177/00333549211058733.
238. Powell RM. *Applying the health justice framework to address health and health care inequities experienced by people with disabilities during and after COVID-19.* *Washington Law Review.* 2021;96:93–137.
239. Mhiripiri NA, Midzi R. *Fighting for survival: persons with disabilities' activism for the mediatization of COVID-19 information.* *Media Int Aust.* 2021;178:151–67. doi: 10.1177/1329878x20967712.

240. Access to sexual and reproductive health and rights information and services perspectives of women and girls with disabilities in Uganda and Bangladesh. *Humanity & Inclusion*; 2021.
241. Bunn F, Burn A-M, Goodman C, Robinson L, Rait G, Norton S et al. Comorbidity and dementia: a mixed-method study on improving health care for people with dementia (CoDem). *Health Services and Delivery Research*. 2016;4:8.
242. Fisher KR, Shang XY. Access to health and therapy services for families of children with disabilities in China. *Disabil Rehabil*. 2013;35:2157–63.
243. Dew A, Bulkeley K, Veitch C, Bundy A, Gallego G, Lincoln M et al. Addressing the barriers to accessing therapy services in rural and remote areas. *Disabil Rehabil*. 2013;35:1564–70.
244. Jesus TS, Bhattacharjya S, Papadimitriou C, Bogdanova Y, Bentley J, Arango-Lasprilla JC et al. Lockdown-related disparities experienced by people with disabilities during the first wave of the COVID-19 pandemic: scoping review with thematic analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:6178. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126178>.
245. [Redquest BK, Tint A, Ries H, Lunskey Y](#). Exploring the experiences of siblings of adults with [intellectual/developmental disabilities during the COVID-19 pandemic](#). *J Intellect Disabil Res*. 2021;65:1–10. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jir.12793>.
246. [O'Hagan BK, S](#). [Experiences of children with special educational needs and disabilities and their families in the United Kingdom during the coronavirus pandemic](#). *Tizard Learn Disabil Rev*. 2020;25:229–35. doi: 10.1108/tldr-09-2020-0025.
247. [Lund EM, Gabrielli J](#). [The role of pediatric psychologists in mitigating disability-specific barriers among youth during the COVID-19 pandemic](#). *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2021;9:12–23.
248. [Young E, Milligan K, Henze M, Johnson S, Weyman K](#). [Caregiver burnout, gaps in care, and COVID-19 effects on families of youth with autism and intellectual disability](#). *Can Fam Physician*. 2021;67:506–8. doi: 10.46747/cfp.6707506.
249. [Sashidharan SP, Saraceno B](#). [Is psychiatry becoming more coercive?](#) *BMJ*. 2017;357:j2904. doi: 10.1136/bmj.j2904 %J BMJ.
250. [Committee on the Rights of Persons with Disabilities](#). [General Comment No. 1 – Article 12: Equal recognition before the law](#). Geneva: OHCHR; 2014 (<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-1-article-12-equal-recognition-1>, accessed November 2022).
251. [Committee on the Rights of Persons with Disabilities](#). [Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities](#). Geneva: OHCHR; 2015 (<https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/14thsession/GuidelinesOnArticle14.doc>, accessed November 2022).
252. [Björnsdóttir K, Stefánsdóttir GV](#). [Double sexual standards: sexuality and people with intellectual disabilities who require intensive support](#). *Sex Disabil*. 2020;38:421–38. doi: 10.1007/s11195-020-09643-2.
253. [Human Rights Watch](#). [“It is my dream to leave this place”. Children with disabilities in Serbian institutions](#). 2016 (https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/serbia0616web_0.pdf, accessed November 2022).

254. Janjic B, Milovanovic DC. Here the walls have ears too: testimonies of women with mental disabilities about gender-based violence in residential institutions. Belgrade: Disability Rights Initiative MDRI-S; 2017 (<https://mdri-s.org/wp-content/uploads/2018/02/Publikacija-engleski.pdf>, accessed November 2022).
255. [Decide W. Young persons with disabilities: global study on ending gender-based violence, and realising sexual and reproductive health and rights.](#) New York: United Nations [Population Fund; 2018](#) (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Final_Global_Study_English_3_Oct.pdf, accessed November 2022).
256. [Best of UNICEF research 2017.](#) Florence; UNICEF; 2017.
257. [Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Azim SI, Woolfenden S, Efron D et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents.](#) *J Paediatr Child Health.* 2021;57:631–6. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jpc.15285>.
258. [Cacioppo M, Bouvier S, Bailly R, Houx L, Lempereur M, Mensah-Gourmel J et al. Emerging health challenges for children with physical disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic: The ECHO French survey.](#) *Ann Phys Rehabil Med.* 2021;64:101429. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2020.08.001>.
259. [Farazzadeh A, Dehghanizadeh M, Maroufizadeh S, Amini M, Shamili A. Predictors of mental health among parents of children with cerebral palsy during the COVID-19 pandemic in Iran: A web-based cross-sectional study.](#) *Research in Developmental Disabilities.* 2021;112:103890. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103890>.
260. [Grumi S, Provenzi L, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C et al. Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: the mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities.](#) *Disabil Rehabil.* 2021;43:27–32. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2020.1842520>.
261. [Faccioli S, Lombardi F, Bellini P, Costi S, Sassi S, Pesci MC. How did Italian adolescents with disability and parents deal with the COVID-19 emergency?](#) *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18041687>.
262. [Dhiman S, Sahu PK, Reed WR, Ganesh GS, Goyal RK, Jain S. Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs.](#) *Res Dev Disabil.* 2020;107:103790. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103790>.
263. [Lim TS, Mae YT, Aishworiya R, Kang YQ, Koh MY, Shen L et al. Factors contributing to psychological ill-effects and resilience of caregivers of children with developmental disabilities during a nation-wide lockdown during the COVID-19 pandemic.](#) *J Autism Dev Disord.* 2022;52:3015–3025. doi: [10.1007/s10803-021-05201-7](https://doi.org/10.1007/s10803-021-05201-7).
264. [Urizar Jr G, Ramírez I, Caicedo BI, Mora C. Mental health outcomes and experiences of family caregivers of children with disabilities during the COVID-19 pandemic in Bolivia.](#) *J Community Psychol.* 2022;50:2682–2702. doi: [10.1002/jcop.22763](https://doi.org/10.1002/jcop.22763).
265. [Yip K-H. Ageing parents of children with intellectual disabilities during the COVID-19 epidemic in Hong Kong.](#) *Public Health Pract.* 2020;1:100053. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100053>.

266. Kuper H, Lopes Moreira ME, Barreto de Araújo TV, Valongueiro S, Fernandes S, Pinto M L et al. The association of depression, anxiety, and stress with caring for a child with congenital Zika syndrome in Brazil; results of a cross-sectional study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2019;13:e0007768. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0007768>.
267. [Johnson KT, Tepper M, Leff HS, Mullin BO, Cook BL, Progovac AM](#). Assessing the long-term effectiveness of a behavioral health home for adults with bipolar and psychotic disorders. *Psychiatr Serv.* 2022;73:172–9. doi: 10.1176/appi.ps.202000589.
268. [Romaine M, Alterbaum R](#), Collins A. Medicaid behavioral health homes: lessons learned and early findings from Maine. *Psychiatr Serv.* 2020;71:1179–87. doi: 10.1176/appi.ps.201900490.
269. [McClellan C, Maclean JC](#), Saloner B, McGinty EE, Pesko MF. Integrated care models and behavioral health care utilization: quasi-experimental evidence from Medicaid health homes. *Health Econ.* 2020;29:1086–97. doi: 10.1002/hec.4027.
270. [Highland J, Nikolajski C](#), Kogan J, Ji Y, Kukla M, Schuster J. Impact of behavioral health homes on cost and utilization outcomes. *Psychiatr Serv.* 71:796–802.
271. [Xiong GL, Iosif A-M, Suo S](#), McCarron RM, Koike A, Onate J et al. Understanding preventive health screening services use in persons with serious mental illness: how does integrated behavioral health primary care compare? *Int J Psychiatry Med.* 2015;48:279–98.
272. [Irwin KE, Park ER, Fields LE, Corveleyn AE, Greer JA, Perez GK et al](#). Bridge: person-centered collaborative care for patients with serious mental illness and cancer. *Oncologist.* 2019;24:901–10. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0488.
273. [Brandão MdB, da Costa Pinheiro LM, Miranda JL, Cavalcante Brasil RM, Mancini MC](#). Family-centered early intervention program for Brazilian infants with congenital Zika virus syndrome: a pilot study. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2019;39:642–54. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/01942638.2019.1600100>.
274. [Smythe T, Reichenberger V, Pinzón E, Hurtado I, Rubiano L](#), Kuper H. The feasibility of establishing parent support groups for children with congenital Zika syndrome and their families: a mixed-methods study. *Wellcome Open Res.* 2021;6:158. doi: 10.12688/wellcomeopenres.16839.1.
275. [Aglen B, Hedlund M, Landstad BJ](#). Self-help and self-help groups for people with long-lasting health problems or mental health difficulties in a Nordic context: a review. *Scand J Public Health.* 2011;39:813–22. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1403494811425603>.
276. [Corrigan P, Sheehan L, Morris S, Larson JE, Torres A, Lara JL et al](#). The impact of a peer navigator program in addressing the health needs of Latinos with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2018;69:456–61. doi: 10.1176/appi.ps.201700241.
277. [Fuhr D, Salisbury T, De Silva M, Atif N, van Ginneken N, Rahman A et al](#). Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49:1691–702.
278. [Rosenbaum S, Tiedemann A, Stanton R, Parker A, Waterreus A, Curtis J et al](#). Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. *Australas Psychiatry.* 2016;24:49–54. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1039856215590252>.

279. Barrado-Martín Y, Heward M, Polman R, Nyman SR. People living with dementia and their family carers' adherence to home-based Tai Chi practice. *Dementia*. 2021;20:1586–603. doi: 10.1177/1471301220957758.
280. Watkins A, Denney-Wilson E, Curtis J, Teasdale S, Rosenbaum S, Ward PB et al. Keeping the body in mind: a qualitative analysis of the experiences of people experiencing first-episode psychosis participating in a lifestyle intervention programme. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29:278–89. doi: 10.1111/inm.12683.
281. Hammarberg K, Sartore G, Cann W, Fisher JR. Barriers and promoters of participation in facilitated peer support groups for carers of children with special needs. *Scand J Caring Sci*. 2014;28:775–83. doi: 10.1111/scs.12110.
282. Duttine A, Smythe T, Calheiros de Sa MR, Ferrite S, Moreira ME Kuper H. Juntos: a support program for families impacted by congenital Zika syndrome in Brazil. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8:846–57. doi: <https://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00018>.
283. [Duttine A, Smythe T, Calheiros de Sá M, Ferrite S, Moreira M, Kuper H. Assessment of the feasibility of Juntos: a support programme for families of children affected by congenital Zika syndrome. Wellcome Open Res. 2022;7:77. doi: 10.12688/wellcomeopenres.17419.1.](#)
284. [Disability-inclusive health services toolkit: a resource for health facilities in the Western Pacific Region. Manila: World Health Organization Western Pacific Region; 2020 \(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336857>, accessed November 2022\).](#)
285. [Bosworth ML, Ayoubkhani D, Nafilyan V, Foubert J, Glickman M, Davey C et al. Deaths involving COVID-19 by self-reported disability status during the first two waves of the COVID-19 pandemic in England: a retrospective, population-based cohort study. Lancet Public Health. 2021;6:e817–e25. doi: \[https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\\(21\\)00206-1\]\(https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00206-1\).](#)
286. [An C, Lim H, Kim D-W, Chang JH, Choi YJ, Kim SW. Machine learning prediction for mortality of patients diagnosed with COVID-19: a nationwide Korean cohort study. Sci Rep. 2020;10:18716.](#)
287. [Williamson EJ, McDonald HI, Bhaskaran K, Walker AJ, Bacon S, Davy S et al. Risks of COVID-19 hospital admission and death for people with learning disability: population based cohort study using the OpenSAFELY platform. BMJ. 2021;374: n1592.](#)
288. [Public Health England. COVID 19 deaths of people identified as having learning disabilities: report. 2020.](#)
289. [Turk MA, Landes SD, Formica MK, Goss KD. Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. Disabil Health J. 2020;13:100942. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100942>.](#)
290. [Landes SD, Turk MA, Damiani MR, Proctor P, Baier S. Risk factors associated with COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disabilities receiving residential services. JAMA Netw Open. 2021;4:11. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.12862.](#)
291. [Clift AK, Coupland CA, Keogh RH, Hemingway H, Hippisley-Cox J. COVID-19 mortality risk in Down syndrome: results from a cohort study of 8 million adults. Ann Intern Med. 2021;174:572–6. doi: 10.7326/M20-4986.](#)
292. [Summaka M, Zein H, Naim I, Fneish S. Assessing the psychological impact of COVID-19 outbreak and its related factors on Lebanese individuals with physical disabilities. Disabil Health J. 2021;14:101073. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101073>.](#)

293. Doody O, Keenan PM. The reported effects of the COVID-19 pandemic on people with intellectual disability and their carers: a scoping review. *Ann Med*. 2021;53:786–804. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/07853890.2021.1922743>.
294. Ciciurkaite G, Marquez-Velarde G, Brown RL. Stressors associated with the COVID-19 pandemic, disability, and mental health: considerations from the Intermountain West. *Stress Health*. 2022;38:304–17. doi: 10.1002/smi.3091.
295. Kavanagh A, Hatton C, Standcliffe RJ, Aitken Z, King T, Hastings R et al. Health and healthcare for people with disabilities in the UK during the COVID-19 pandemic. *Disabil Health J*. 2022;15:101171. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101171>.
296. Lund EM, Forber-Pratt AJ, Wilson C, Mona LR. The COVID-19 pandemic, stress, and trauma in the disability community: a call to action. *Rehabil Psychol*. 2020;65:313–22. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/rep0000368>.
297. Necho M, Birkie M, Gelaye H, Beyene A, Belete A, Tsehay M. Depression, anxiety symptoms, insomnia, and coping during the COVID-19 pandemic period among individuals living with disabilities in Ethiopia, 2020. *PLoS One*. 2020;15:e0244530. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244530>.
298. Rosencrans M, Arango P, Sabat C, Buck A, Brown C, Tenorio M et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the health, wellbeing, and access to services of people with intellectual and developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2021;114:103985. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103985>.
299. McMaughan DJ, Rhoads KE, Davis Crys, Chen X, Han H, Jones RA et al. COVID-19 related experiences among college students with and without disabilities: psychosocial impacts, supports, and virtual learning environments. *Front Public Health*. 2021;9:782793. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.782793>.
300. Okoro CA, Strine TW, McKnight-Eily L, Verlenden J, Hollis ND. Indicators of poor mental health and stressors during the COVID-19 pandemic, by disability status: a cross-sectional analysis. *Disabil Health J*. 2021;14:101110. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101110>.
301. Li M, Yu Y, Wang L, Yin Z. Anxiety, depression and influencing factors of the elderly disabled under the influence of COVID-19 outbreak: evidence from China. *Psychiatr Danub*. 2021;33:604–10. doi: <https://dx.doi.org/10.24869/psyd.2021.604>.
302. Motolese F, Rossi M, Albergo G, Stelitano D, Villanova M, Di Lazzaro V et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on people with multiple sclerosis. *Front Neurol*. 2020;11:580507. doi: <https://dx.doi.org/10.3389/fneur.2020.580507>.
303. Akerkar S. Affirming radical equality in the context of COVID-19: human rights of older people and people with disabilities. *J Hum Rights Pract*. 2020;12:276–83. doi: 10.1093/jhuman/huaa032.
304. Thorneycroft R, Asquith NL. Unexceptional violence in exceptional times: disablist and ableist violence during the COVID-19 pandemic. *Int J Crime Justice Soc Democr*. 2021;10:140–55. doi: 10.5204/ijcsd.1743.
305. Baksh RA, Pape SE, Smith J, Strydom A. Understanding inequalities in COVID-19 outcomes following hospital admission for people with intellectual disability compared to the general population: a matched cohort study in the UK. *BMJ Open*. 2021;11:e052482. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052482>.

306. Chen B, McNamara DM. Disability discrimination, medical rationing and COVID-19. *Asian Bioeth Rev.* 2020;12:511–8. doi: 10.1007/s41649-020-00147-x.
307. Andrews EE, Ayers KB, Brown KS, Dunn DS, Pilarski CR. No body is expendable: medical rationing and disability justice during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol.* 2021;76:451–61. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/amp0000709>.
308. [Scully JL](#). Disability, disablism, and COVID-19 pandemic triage. *J Bioeth Inq.* 2020;17:601–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-020-10005-y>.
309. [Haque OS](#), Stein MA. COVID-19 clinical bias, persons with disabilities, and human rights. *Health Hum Rights.* 2020;22:285–90.
310. [Nelson RH](#), Francis LP. Justice and intellectual disability in a pandemic. *Kennedy Inst Ethics J.* 2020;30:319–38. doi: 10.1353/ken.2020.0017.
311. [Tromans S](#), Kinney M, Chester V, Alexander R, Roy A, Sander JW et al. Priority concerns for [people](#) with intellectual and developmental disabilities during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open.* 2020;6:e128. doi: <https://dx.doi.org/10.1192/bjo.2020.122>.
312. [Kennedy J](#), [Frieden L](#), Dick-Mosher J. Responding to the needs of people with disabilities in [the COVID-19 pandemic](#): community perspectives from Centers for Independent Living. *J Health Care Poor Underserved.* 2021;32:1265–75. doi: <https://dx.doi.org/10.1353/hpu.2021.0130>.
313. [Zahaika D](#), [Daraweesh D](#), [Shqerat S](#), Arameen D, Halaweh H. Challenges facing family [caregivers of children with disabilities](#) during COVID-19 pandemic in Palestine. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:21501327211043039. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/21501327211043039>.
314. [Montirosso R](#), [Mascheroni E](#), [Guida E](#), [Piazza C](#), [Sali ME](#), Molteni M, Reni G. Stress [symptoms and resilience factors in children with neurodevelopmental disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic](#). *Health Psychol.* 2021;40:428–38. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/hea0000966>.
315. [Layton N](#), [Mont D](#), [Puli L](#), [Calvo I](#), [Shae K](#), [Tebbutt E](#) et al. Access to assistive technology [during the COVID-19 global pandemic: voices of users and families](#). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:11273.
316. [Mladenov T](#), Brennan CS. [The global COVID-19 Disability Rights Monitor: implementation, findings, disability studies response](#). *Disabil Soc.* 2021;36:1356–61. doi: [10.1080/09687599.2021.1920371](https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1920371).
317. [Nankervis K](#), Chan J. [Applying the CRPD to people with intellectual and developmental disability with behaviors of concern during COVID-19](#). *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2021;18:197–202. doi: 10.1111/jppi.12374.
318. Brennan CS. [Disability rights during the pandemic: a global report on findings of the COVID-19 Disability Rights Monitor. COVID-19 Disability Rights Monitor; 2020 \(https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/disability_rights_during_the_pandemic_report_web_pdf_1.pdf, accessed November 2022\)](#).
319. [Koca-Atabey M](#). [Disability and old age: the COVID-19 pandemic in Turkey](#). *Disabil Soc.* 2021;36:834–9. doi: 10.1080/09687599.2021.1907550.
320. [Meaney-Davis J](#), [Hearle C](#), [Cardinal I](#). [Consequences of exclusion: a situation report on organisations of people with disabilities and COVID-19 in Bangladesh, Nigeria, and Zimbabwe, September 2021](#). London: Disability Inclusion Helpdesk; 2021.

163. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.
164. Couper-Kenney F, Riddell S. The impact of COVID-19 on children with additional support needs and disabilities in Scotland. *Eur J Spec Needs Educ.* 2021;36:20–34. doi: 10.1080/08856257.2021.1872844.
165. Bonilla-del-Rio M, Calero ML. Educational inclusion in times of COVID-19: use of social media for people with intellectual disabilities. *Ried-Revista Iberoamericana De Educacion a Distancia.* 2022;25:141–61. doi: 10.5944/ried.25.1.30875.
166. Murphy A, Pinkerton LM, Bruckner E, Risser HJ. The impact of the novel coronavirus disease 2019 on therapy service delivery for children with disabilities. *J Pediatr.* 2021;231:168–77.e1. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.12.060>.
167. Houtrow A, Harris D, Molinero A, Levin-Decanini T, Robichaud C. Children with disabilities [in the United States](#) and the COVID-19 pandemic. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13:415–24. doi: <https://dx.doi.org/10.3233/PRM-200769>.
168. Hearst MO, Hughey L, Magoon J, Mubukwanu E, Ndonji M, Ngulube E et al. Rapid health [impact assessment of](#) COVID-19 on families with children with disabilities living in low-income communities in Lusaka, Zambia. *PLoS One.* 2021;16:e0260486. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0260486>.
169. ADD International. [COVID-19: double jeopardy for persons with disabilities. Evidence on the impact of COVID-19 on persons with disabilities in Bangladesh.](#) London: ADD International; 2020 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid_19_double_jeopardy_add_int.pdf, accessed November 2022).
170. Schall C, Brooke V, Rounds R, Lynch A. [The resiliency of employees with intellectual and developmental disabilities during the COVID-19 pandemic and economic shutdown: a retrospective review of employment files.](#) *J Vocat Rehabil.* 2021;54:15–24. doi: 10.3233/jvr-201113.
171. Thomas E. [Children with disabilities in situations of armed conflict.](#) Discussion paper. New York: UNICEF; 2018 (https://sites.unicef.org/disabilities/files/Children_with_Disabilities_in_Situations_of_Armed_Conflict-Discussion_Paper.pdf, accessed November 2022).
172. Lee S, Kim J. [A country report: impact of COVID-19 and inequity of health on South Korea's disabled community during a pandemic.](#) *Disabil Soc.* 2020;35:1514–9. doi: 10.1080/09687599.2020.1809352.
173. [The impact of COVID-19 on women and girls with disabilities.](#) A global assessment and case studies on sexual and reproductive health and rights, gender-based violence, and related rights. UNFPA and Women Enabled International; 2021.
174. Lund EM. [Interpersonal violence against people with disabilities: additional concerns and considerations in the COVID-19 pandemic.](#) *Rehabil Psychol.* 2020;65:199–205. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/rep0000347>.
175. [Women Enabled International. COVID-19 at the intersection of gender and disability: findings of a global human rights survey.](#) Washington DC: Women Enabled International; 2020.
176. Pearce E. [Disability considerations in GBV programming during the COVID-19 pandemic.](#) London: GBV AoR Helpdesk Research Query; 2020.

321. Yap J, Chaudhry V, Jha CK, Mani S, Mitra S. Are responses to the pandemic inclusive? A rapid virtual audit of COVID-19 press briefings in LMICs. *World Dev.* 2020;136:105122. doi: 10.1016/j.worlddev.2020.105122.
322. Rotenberg S, Cooper J, Downer MB. Accessibility of Canadian COVID-19 testing locations for people with disabilities during the third wave of the COVID-19 pandemic. *medRxiv.* 2021.
323. Navas P, Antonio MA, Crespo M, Wolowiec Z, Verdugo MA. Supports for people with intellectual and developmental disabilities during the COVID-19 pandemic from their own perspective. *Res Dev Disabil.* 2021;108:103813. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103813>.
324. Navas P, Verdugo MA, Martinez S, Amor AM, Crespo M, Deliu MM. Impact of COVID-19 on the [burden of care of families](#) of people with intellectual and developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2022;35:577–86. doi: 10.1111/jar.12969.
325. Majnemer A, McGrath PJ, Baumbusch J, Camden C, Fallon B, Lunskey Y et al. Time to be counted: COVID-19 and intellectual and developmental disabilities – an RSC policy briefing. *Facets.* 2021;6:1337–89. doi: 10.1139/facets-2021-0038.
326. Verduzco-Gutierrez M, Lara AM, Annaswamy TM. When disparities and disabilities collide: inequities during the COVID-19 pandemic. *PM R.* 2021;13:412–4. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/pmrj.12551>.
327. Boyle CA, Fox MH, Havercamp SM, Zubler J. [The public health response to the COVID-19 pandemic for people with disabilities.](#) *Disabil Health J.* 2020;13:100943. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100943>.
328. [International Disability Alliance. A report on the social protection: response to COVID-19 for persons with disabilities, South Asian Region.](#) New York: International Disability Alliance; 2021 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/ida_south-asian-region-report_02-02-2021_2.pdf, accessed November 2022).
329. [World Health Organization, UNICEF, UNISDR, CBM, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, International Organization for Migration.](#) Guidance [note on disability and emergency risk management for health.](#) Geneva: World Health Organization; 2013.
330. [Inter-Agency Standing Committee \(IASC\). Guidelines: inclusion of persons with disabilities in humanitarian action.](#) Geneva: IASC; 2019 (https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/2019/11/IASC_guidelines_PWD_2019.pdf, accessed November 2022).
331. [Age and Disability Consortium. Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities.](#) CBM International, Bensheim, HelpAge International, London, and Handicap International, Lyon; 2018 (<https://spherestandards.org/resources/humanitarian-inclusion-standards-for-older-people-and-people-with-disabilities/>, accessed November 2022).
332. [UNICEF, Handicap International. Guidance: Including children with disabilities in humanitarian action – Health and HIV/AIDS.](#) New York: UNICEF; 2017 (<https://sites.unicef.org/disability/emergencies/health-and-hiv/aids.html>, accessed November 2022).
333. [UNICEF, Handicap International. Guidance: Including children with disabilities in humanitarian action – Nutrition.](#) New York: UNICEF; 2017 (<https://sites.unicef.org/disability/emergencies/nutrition.html>, accessed November 2022).

177. Health Cluster Guide. A practical handbook. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://healthcluster.who.int/publications/i/item/9789240004726>, accessed November 2022).
178. [International Disability Alliance](#). Toward a disability-inclusive COVID19 response: 10 recommendations from the International Disability Alliance. 2020 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/ida_recommendations_for_disability-inclusive_covid19_response_final.pdf, accessed November 2022).
179. [World Health Organization](#). Disability considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>, accessed November 2022).
180. [UNICEF](#). COVID-19 response: considerations for children and adults with disabilities. New York: UNICEF; 2020 (https://sites.unicef.org/disabilities/files/COVID-19_response_considerations_for_people_with_disabilities_190320.pdf, accessed November 2022).
181. [United Nations](#). Policy brief: a disability-inclusive response to COVID-19. New York: United Nations; 2020 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf>, accessed November 2022).
182. [Reference Group on Inclusion of Persons with Disabilities](#). COVID-19 response. Key messages: applying the IASC guidelines on inclusion of persons with disabilities in humanitarian action. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020.
183. [Wickenden JM, Thompson S, Rohwerder B, Shaw J](#). Policy briefing: taking a disability-inclusive approach to pandemic responses. London: Institute of Development Studies; 2021.
184. [UNICEF](#). Children with disabilities and COVID-19. New York: UNICEF; 2020 (https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/unicef_frontline_response_to_children_with_disabilities.pdf, accessed November 2022).
185. [Organization of American States, General Secretariat](#). Practical guide to inclusive and rights-based responses to COVID-19 in the Americas. OAS; 2020 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/guide_eng.pdf, accessed November 2022).
186. [Daegu Solidarity Against Disability Discrimination \(SADD\)](#). Guideline on hospitalisation of COVID-19 confirmed PWD (translated by the Korean Disability Forum). Korean Disability Forum; 2020 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/guideline_on_hospitalisation_of_covid-19_confirmed_pwd.pdf, accessed November 2022).
187. [Department of Empowerment of Persons with Disabilities; Government of India](#). Comprehensive disability inclusive guidelines for protection and safety of persons with disabilities (Divyangjan) during COVID 19. 2020 (<https://disabilityaffairs.gov.in/content/GuidelinesforwelfareofPersonswithDisabilities.pdf>, accessed November 2022).
188. [Zhang SB, Chen Z](#). China's prevention policy for people with disabilities during the COVID-19 epidemic. *Disabil Soc*. 2021;36:1368–72. doi: 10.1080/09687599.2021.1933913.
189. [Velasco JV, Obnial JC, Pastrana A, Ang HK, Viacrusis PM, Lucero-Prisno Iii DE](#). COVID-19 and persons with disabilities in the Philippines: a policy analysis. *Health Promot Perspect*. 2021;11:299–306. doi: <https://dx.doi.org/10.34172/hpp.2021.38>.
190. [Kavanagh A, Dickinson H, Carey G, Llewellyn G, Emerson E, Disney G, Hatton C](#). Improving health care for disabled people in COVID-19 and beyond: lessons from Australia and England. *Disabil Health J*. 2021;14:101050. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101050>.

191. Australian Government Department of Health. Management and operational plan for people with disability: Australian health sector emergency response plan for novel Coronavirus (COVID-19). Canberra: Australian Government; 2020 (<https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/09/management-and-operational-plan-for-people-with-disability.pdf>, accessed November 2022).
192. [Global Health Cluster COVID-19 Task Team](#). Essential Health Services: a guidance [note how to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings](#). Geneva: Global Health Cluster; 2020 (<https://healthcluster.who.int/publications/m/item/essential-health-services>, accessed November 2022).
193. [UNICEF. Risk communication & community engagement for COVID-19 – engaging with children and adults with disabilities](#) New York: UNICEF; n.d. (https://sites.unicef.org/disabilities/files/COVID-19_engagement_children_and_adults_with_disabilities_final.pdf, accessed November 2022).
194. [UN Women and Translators without Borders](#). COVID-19: how to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement. [Regional Risk Communication and Community Engagement \(RCCE\) Working Group; 2020](#) (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COVID-19_CommunityEngagement_130320.pdf, accessed November 2022).
195. [Better Care Network, The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, UNICEF. Protection of children during the COVID-19 pandemic: children and alternative care. Immediate response measures. Technical Note; 2020](#) (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid-19_alternative_care_technical_note_final.pdf, accessed November 2022).
196. [United Nations Partnership on the Rights of Persons with Disabilities, International Labour Organization, UNICEF. Social protection measures for persons with disabilities and their families in response to the COVID-19 crisis. An updated overview of trends – June 2021. UNPRPD; 2021](#) (<https://www.social-protection.org/gimi/ResourcePDF.action?id=57373>, accessed November 2022).
197. [Clugston N. Evidence of the impacts on and risks to people with disabilities from the COVID-19 pandemic and how international development actors are responding, July–November 2020. London: Disability Inclusion Helpdesk; 2020.](#)
198. [UNICEF Europe and Central Asia Regional Office. National responses to adjust child protection systems \(COVID 19\). UNICEF; 2020.](#)
199. [Qi F, Wu Y, Wang Q. Experience and discussion: safeguards for people with disabilities during the COVID-19 pandemic in China. Front Public Health. 2021;9:744706. doi: https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.744706.](#)
200. [Rotenberg S, Downer MB, Cooper J. Making COVID-19 vaccinations accessible for people with disabilities. Vaccine. 2021;39:5727–8. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.08.062.](#)
201. [Reidenberg BE, Hirsch K, Costello CM, Russo M, Reilly M, Murphy P. Drive through COVID19 vaccination for developmentally disabled persons. Vaccine. 2022;40:2365–66.](#)
202. [Cahapay MB. Ushering children with disabilities in the 'new normal' post-COVID-19 period: collective actions in the Philippines. Disabil Soc. 2021;36:145–50. doi: 10.1080/09687599.2020.1829557.](#)



3. PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SECTOR DA SAÚDE

Dar a volta a uma vida através de medicamentos acessíveis



Durante grande parte de sua vida, Myint Aung, de 46 anos, lutou para obter cuidados adequados para a epilepsia. Após sua primeira convulsão aos dois anos de idade após uma febre, seus pais o levaram a pessoas que afirmavam ser profissionais de saúde, mas logo depois ele desenvolveu paraparesia e não conseguia mais andar. Convulsões convulsivas então ocorreram algumas vezes por semana.

Visitar o centro de saúde rural foi difícil quando ele era jovem e envolvia andar em um carro de boi por sete milhas. O hospital do município estava ainda mais longe, a 11 milhas. Mais tarde, havia estradas e um serviço de ônibus limitado, mas sua condição dificultou as viagens.

Também havia pouco dinheiro disponível para cuidados de saúde, que não foram fornecidos gratuitamente para sua condição de saúde. Depois que seus pais se divorciaram quando ele tinha três anos de idade, sua mãe teve que sustentar quatro filhos sozinha. Incapaz de andar, e sem acesso a produtos auxiliares como uma cadeira de rodas, ele não podia frequentar a escola com seus irmãos. Ele raramente tinha contato com alguém além das pessoas em seu

Em 2018, após o lançamento da Iniciativa de Epilepsia de Mianmar (1), uma parteira contou à família sobre os serviços de saúde disponíveis para a epilepsia. A família viajou de táxi para o hospital do município, onde Myint Aung foi prescrito medicamentos anti-epilépticos. Finalmente, suas convulsões foram controladas por causa do medicamento. Mais tarde, ele foi capaz de obter sua medicação da parteira da aldeia gratuitamente, o que significa que ele não tinha mais que viajar ou pagar pelo tratamento. "Eu me sinto muito melhor", disse ele. "Agora eu tenho uma enguia de carrinho que eu opero com as mãos. Eu posso me mover com bastante facilidade. Isso me deixa feliz." Por causa da medicação, ele agora pode se banhar e se alimentar sem assistência e até mesmo ajudar sua mãe a fazer lanches para vender.

Visão geral

- A abordagem da atenção primária à saúde (APS) é uma abordagem para fortalecer os sistemas de saúde.
- Embora a APS possa, por vezes, ser confundida com a atenção primária, seu escopo se estende para além da atenção primária; a distinção importante é que a APS é construída sobre três pilares fundamentais:
 - serviços de saúde integrados, com ênfase nos cuidados primários e nas funções essenciais de saúde pública;
 - política e acção multissetoriais; e
 - empoderamento de pessoas e comunidades.
- Em princípio, como abordagem para o fortalecimento dos sistemas de saúde, a APS aborda os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde na população. No entanto, a equidade em saúde para pessoas com deficiência só será alcançada se a APS for implementada por meio da integração de estratégias direcionadas de inclusão da deficiência dentro das ações principais.
- As ações específicas para as pessoas com deficiência também contribuem para o progresso das prioridades globais em matéria de saúde (CSU, promoção da saúde e resposta a emergências de saúde), uma vez que as ações visam especificamente abordar fatores que continuam a excluir e a abandonar as pessoas com deficiência.
- Com base na abordagem da APS, este capítulo descreve 40 ações-chave direcionadas para a inclusão da deficiência que podem ser integradas em 10 pontos de entrada estratégicos do sistema de saúde.

O Capítulo 2 destacou duas questões importantes para o setor de saúde: i) que as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência são impulsionadas por uma variedade de fatores injustos que precisam ser abordados; e ii) que, devido a esses fatores, as prioridades globais de saúde que os países estão trabalhando para atender não estão conseguindo alcançar as pessoas com deficiência e, por sua vez, provavelmente não serão atendidas.

As evidências que se relacionam com fatores injustos, embora frágeis, mostram claramente que múltiplos fatores estruturais e determinantes sociais da saúde, fatores de risco e barreiras nos sistemas de saúde, criam iniquidades em saúde para as pessoas com deficiência. Embora muitos desses fatores ocorram dentro do setor de saúde, outros se relacionam com aqueles de fora; muitas vezes esses fatores são sucessivos, interconectados e se reforçam mutuamente. Além disso, os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde comprometem a realização das prioridades globais de saúde, nomeadamente a UHC, a melhoria da saúde da população e a proteção em situações de emergência sanitária. Para as pessoas com deficiência, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a preços acessíveis é frequentemente um desafio; as intervenções de saúde pública raramente são concebidas e executadas de forma acessível, e a gestão de emergências de saúde nos países muitas vezes não é inclusiva. Dada a complexidade e as ligações entre esses fatores, é necessária uma resposta abrangente e multifacetada no nível do sistema.

Este capítulo apresenta uma visão de como o governo pode liderar o setor de saúde na abordagem dos fatores que contribuem para as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência. O único caminho a seguir inclui uma resposta a nível de sistemas, através do reforço dos sistemas de saúde, que integre ações específicas para promover a equidade em saúde das pessoas com deficiência. **Abordar as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência não deve ser uma atividade isolada conduzida pelo setor de saúde, além de outras atividades em andamento, mas sim uma estratégia integrada aos esforços gerais de um país para fortalecer seus sistemas de saúde.** Por exemplo, quando um país investe no desenvolvimento de sua força de trabalho de profissionais de saúde, o desenvolvimento de competências e habilidades para a inclusão da deficiência pode contribuir para abordar muitas das iniquidades em saúde encontradas por pessoas com deficiência e outras populações marginalizadas. Essa visão de fortalecimento dos sistemas de saúde, através das lentes da APS, promove a equidade em saúde para todos, incluindo as pessoas com deficiência.

Alcançar a equidade em saúde para pessoas com deficiência por meio do fortalecimento do sistema de saúde usando uma lente de atenção primária à saúde

Em princípio, a APS, como abordagem de fortalecimento dos sistemas de saúde, aborda os fatores que contribuem para as iniquidades em saúde na população (Enquadramento 11). No entanto, conforme descrito mais adiante neste capítulo, a equidade em saúde para pessoas com deficiência só será alcançada através da implementação da PHC que integre estratégias direcionadas de inclusão de deficiência dentro das principais ações dos países.

Caixa 11

Atenção primária versus abordagem da atenção primária à

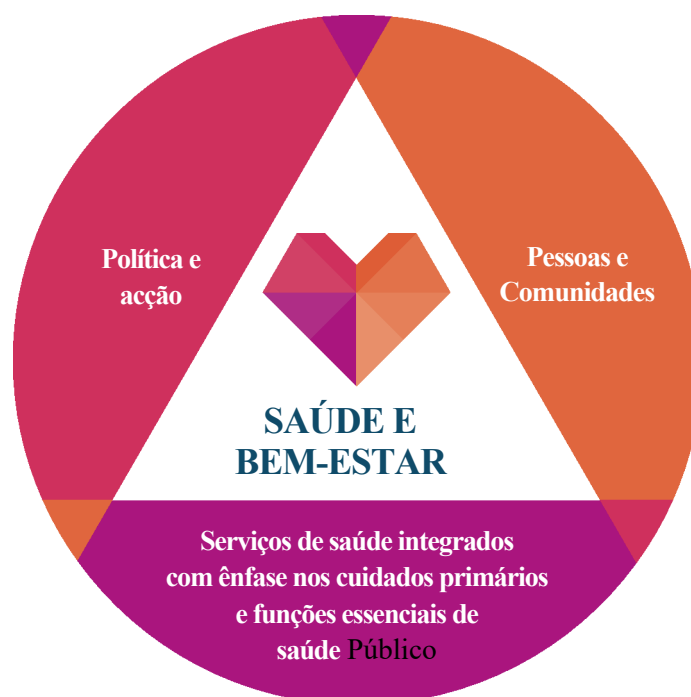
A atenção primária é o primeiro nível de atenção na prestação de serviços de saúde. A atenção primária fornece serviços promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos ao longo da vida. A abordagem da atenção primária à saúde fortalece os sistemas de saúde; estende-se para além dos cuidados primários e assenta em três pilares fundamentais: i) serviços de saúde integrados, com ênfase nos cuidados primários e nas funções essenciais de saúde pública; ii) políticas e ações multissetoriais; e iii) empoderamento de pessoas e comunidades. Neste relatório, a abordagem da atenção primária à saúde é apresentada como a base para alcançar a equidade em saúde para pessoas com deficiência. Somente por meio da implementação da APS que integre estratégias direcionadas de inclusão da deficiência dentro das principais ações do país, a equidade em saúde para pessoas com deficiência será alcançada.

A APS é fundamental para a equidade não apenas conceitual, mas também pragmática, uma vez que os países já se comprometeram com a abordagem e estão investindo em sua implementação (2, 3).

Conforme ilustrado na Figura 5, os três pilares conceituais centrais da APS são:

- i) serviços integrados de saúde, com ênfase nos cuidados primários e nas funções essenciais de saúde pública;
- ii) política e ação multissetoriais; e
- iii) empoderamento de pessoas e comunidades.

Figura 5. Pilares conceituais da abordagem da APS



Serviços de saúde integrados com ênfase nos cuidados primários e nas funções de saúde pública são cruciais para abordar muitos dos fatores estruturais e do sistema de saúde para as iniquidades em saúde, incluindo a acessibilidade, acessibilidade e disponibilidade de serviços de saúde. Através de serviços integrados, o setor da saúde pode prestar cuidados centrados nas pessoas ao longo de todo o percurso de vida, que está perto de onde as pessoas vivem e responde às suas necessidades únicas. Além disso, o cuidado centrado nas pessoas é essencial para superar a estigmatização e a discriminação no setor da saúde e melhorar os resultados de saúde da população. As funções de saúde pública especificamente relevantes para a APS, e intimamente ligadas à atenção primária, são a proteção e a promoção da saúde; a prevenção, vigilância e resposta da doença; e preparação para emergências. A promoção da saúde permite que as pessoas tenham mais controle sobre sua própria saúde por meio de uma melhor alfabetização em saúde e uma melhor capacidade de prestar cuidados para si mesmas e para os outros. Além disso, através de uma ampla gama de políticas e intervenções multissetoriais, a promoção da saúde visa criar ambientes físicos e sociais que melhorem a saúde.

A política e a ação multissetoriais são os mecanismos pelos quais os determinantes e fatores de risco mais amplos para a saúde são abordados. Esses fatores geralmente estão fora da influência imediata do setor de saúde, mas são os principais contribuintes para as iniquidades em saúde, conforme discutido no Capítulo 2. Por exemplo, água limpa e saneamento inacessíveis; poluição do ar; tabaco, álcool e outras substâncias produtoras de dependência; inatividade física; ou má nutrição

A ação pode ser abordada na forma de intervenções regulatórias ou fiscais ou campanhas de promoção da saúde da população. O objetivo da abordagem da APS é reconhecer os papéis que outros setores – da educação, trabalho, finanças e indústria à agricultura e planejamento urbano – desempenham na abordagem dos determinantes da saúde e garantir que esses setores projetem políticas inclusivas que cheguem a todos, independentemente de quem são as pessoas e onde vivem.

Opilar de *empoderamento de pessoas e comunidades* é fundamental no contexto da equidade em saúde. Refere-se à forma como as pessoas podem assumir um papel activo e ter uma palavra a dizer em quaisquer acções que sejam tomadas pelo sector da saúde; isto inclui a participação directa dos indivíduos na tomada de decisões e a melhoria do conhecimento sobre o facto de serem participantes activos que contribuem para a sua própria saúde e bem-estar. Por meio da APS, as pessoas e comunidades empoderadas estão inextricavelmente ligadas ao segundo elemento da política e ação multissetorial; elas estão engajadas na definição e implementação de prioridades políticas que abordam os determinantes estruturais que afetam suas vidas.

Os três principais pilares da APS são operacionalizados por meio de um conjunto de pontos de entrada estratégicos (Figura 6). Esses pontos de entrada são uma extensão dos blocos de construção do sistema de saúde introduzidos no Capítulo 2 e representam todos os aspectos do sistema de saúde que devem ser fortalecidos dependendo da situação específica do país.

Os 10 pontos de entrada estratégicos para a inclusão da deficiência, adaptados do referencial original da APS (4), são:

1. compromisso político, liderança e governança
2. financiamento da saúde
3. envolvimento das partes interessadas e dos prestadores do setor privado
4. modelos de cuidados
5. saúde emão-de-obra
6. infraestrutura física
7. tecnologias digitais para a saúde
8. sistemas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde
9. acompanhamento e avaliação, e
10. política de saúde e pesquisa de sistemas.

As 40 ações específicas recomendadas neste capítulo contribuirão para o progresso das prioridades globais em matéria de saúde sem deixar para trás pessoas com

Deficiência. A implementação de ações nos 10 pontos de entrada estratégicos deve ter em consideração os contextos, os pontos fortes e fracos do sistema de saúde e as prioridades nacionais e locais dos países. Os países podem decidir, dependendo de suas circunstâncias, quais pontos de entrada priorizar para adicionar as iniquidades em saúde que existem para as pessoas com deficiência. Todas as estratégias e ações devem ter uma lente transformadora e interseccional de gênero, para que todos se beneficiem e sejam incluídos.

Figura 6. Marco para o fortalecimento do setor saúde por meio da APS*



*Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. Quadro operacional para a atenção primária à saúde: transformando visão em ação. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.

As 40 ações direcionadas para a inclusão da deficiência nos 10 pontos de entrada estratégicos estão descritas na **Tabela 4**. Cada ponto de entrada estratégico começa com uma breve descrição seguida de um resumo das evidências disponíveis sobre a inclusão de pessoas com deficiência em cada área. A evidência fornece a base para promover as ações direcionadas dentro de cada ponto de entrada; no entanto, para algumas áreas, a evidência é limitada. Isto é seguido por uma descrição das estratégias inclusivas de deficiência para cada ponto de entrada, que são:

- prática baseada em evidências;

- aplicável a todos os países, mas precisa ser contextualizado em função do nível de desenvolvimento social ou econômico do país, dos graus de orientação da APS e do estado de saúde;
- aplicável a nível nacional ou subnacional; e
- Interdependentes.

Cada ponto de entrada estratégico termina com exemplos de indicadores para monitoramento e avaliação. Estes indicadores são apenas indicativos do que os governos podem considerar no acompanhamento dos progressos em matéria de inclusão das pessoas com deficiência; são exemplos para aumentar a compreensão do ponto de entrada estratégico e podem ser utilizados e adaptados pelos países de acordo com o seu contexto. A OMS está em processo de desenvolvimento e teste de um conjunto abrangente de indicadores para os países, como parte das diretrizes de implementação que estão sendo criadas para acompanhar este relatório.

Tabela 4. As 40 ações direcionadas para a inclusão da deficiência em 10 pontos de entrada estratégicos

Compromisso político , liderança e governança:

1. Priorizar a equidade em saúde para pessoas com deficiência.
2. Estabelecer uma abordagem de saúde baseada nos direitos humanos.
3. Assumir um papel de mordomia para a inclusão da deficiência no setor de saúde.
4. Tornar a cooperação internacional mais eficaz, aumentando o financiamento para abordar as iniquidades em saúde para pessoas com deficiência.
5. Integrar a inclusão da deficiência nas estratégias nacionais de saúde, incluindo planos de preparação e resposta para emergências de saúde.
6. Definir ações específicas para o setor de saúde em estratégias ou planos nacionais de deficiência.
7. Estabelecer um comitê ou um ponto focal no Ministério da Saúde para a inclusão de pessoas com deficiência.
8. Integrar a inclusão da deficiência nos mecanismos de responsabilização do setor saúde.
9. Criar obras paradeficientes, parcerias e alianças.
10. Assegurar que os mecanismos de proteção social existentes apoiem as diversas necessidades de saúde das pessoas com deficiência.

Financiamento da saúde

11. Adotar o universalismo progressivo como um princípio fundamental e como um impulsionador do financiamento da saúde , colocando as pessoas com deficiência no centro.
12. Considerar os serviços de saúde para deficiências e condições de saúde específicas em pacotes de cuidados para a UHC.
13. Incluir nos orçamentos de cuidados de saúde os custos de tornar as instalações e serviços acessíveis.

Envolvimentodas partes interessadas e dos prestadores do sector privado

14. Envolver as pessoas com deficiência e suas organizações representativas nos processos do setor saúde.
15. Incluir ações sensíveis ao gênero que visem pessoas com deficiência nas estratégias para capacitar as pessoas em suas comunidades.
16. Envolver os prestadores de apoio informal às pessoas com deficiência.

17. Envolver as pessoas com deficiência na investigação e incluí-las na força de trabalho da investigação em saúde.
18. Solicitar que os prestadores do setor privado apoiem a prestação de serviços de saúde inclusivos para pessoas com deficiência.

Modelos de atenção

19. Permitir a prestação de cuidados integrados centrados nas pessoas, acessíveis e próximos do local onde as pessoas vivem.
20. Garantir o acesso universal a produtos auxiliares.
21. Investir mais finanças em pessoas de apoio, intérpretes e assistentes para atender às necessidades de saúde das pessoas com deficiência.
22. Considere todo o espectro de serviços de saúde ao longo de um continuum de cuidados para pessoas com deficiência.
23. Fortalecer os modelos de cuidado para crianças com deficiência.
24. Promover a desinstitucionalização.

Mão-de-obra da saúde e dos cuidados

25. Desenvolver competências para a inclusão da deficiência na educação de todos os profissionais de saúde e cuidados.
26. Fornecer treinamento em inclusão de deficiência para todos os prestadores de serviços de saúde.
27. Garantir a disponibilidade de uma força de trabalho qualificada de saúde e cuidados.
28. Incluir pessoas com deficiência na força de trabalho de saúde e cuidados.
29. Treinar todos os profissionais não médicos que trabalham no setor da saúde em questões relacionadas à acessibilidade e comunicação respeitosa.
30. Garantir o consentimento livre e informado para pessoas com deficiência.

Infraestrutura física

31. Incorporar uma abordagem universal baseada no design para o desenvolvimento ou renovação de instalações e serviços de saúde.
32. Fornecer adaptações adequadas e razoáveis para pessoas com deficiência.

Tecnologias digitais para a saúde

33. Adotar uma abordagem sistêmica para a prestação digital de serviços de saúde com a equidade em saúde como um princípio fundamental.
34. Adotar padrões internacionais para acessibilidade das tecnologias digitais de saúde.

Qualidade do atendimento

35. Integrar as necessidades e prioridades específicas das pessoas com deficiência nos protocolos de segurança sanitária existentes.
36. Garantir mecanismos de feedback inclusivos para a qualidade dos serviços de saúde.
37. Considere as necessidades específicas das pessoas com deficiência em sistemas para monitorar os caminhos de cuidados.

Acompanhamento e avaliação

38. Criar um plano de acompanhamento e avaliação da deficiência, incluindo o seguinte.
39. Integrar indicadores para a inclusão de pessoas com deficiência nos quadros de monitorização e avaliação dos sistemas de saúde dos países.

Política de saúde e pesquisa de sistemas

40. Desenvolver uma política nacional de saúde e uma agenda de pesquisa de sistemas sobre deficiência.



Compromisso político, liderança e governança



O que isso significa?

Compromisso político e liderança implicam:

- priorizar a saúde da população e colocar o fortalecimento dos sistemas de saúde no centro dos esforços dos países para alcançar a UHC e o ODS3.
- fornecer orientação estratégica e prioridades para a agenda do setor saúde.
- criar um compromisso em todo o sector da saúde e noutros países para abordar as prioridades para a melhoria dos serviços de saúde.

A governação implica assegurar que:

- "existem quadros jurídicos e políticos estratégicos que são combinados com uma supervisão eficaz, a construção de coligações, a regulamentação, a atenção à concepção do sistema e à responsabilização" (5).
- o sector da saúde é o administrador da saúde e envolve uma gama completa de intervenientes; isso é fundamental para uma abordagem abrangente do fortalecimento dos sistemas de saúde.

Durante as últimas décadas, diferentes ações foram tomadas para fortalecer a liderança, o compromisso e a governança para a inclusão da deficiência no setor de saúde. Por exemplo, verificou-se uma mudança acentuada na implementação do direito à saúde das pessoas com deficiência nas constituições nacionais. Enquanto apenas 6% das 90 constituições adotadas antes de 1990 garantiam alguma forma de tal direito, hoje muitas constituições incluem aspectos dos direitos à saúde. O maior reconhecimento de sua importância nos últimos 15 anos provavelmente se deve à adoção mais ampla da CDPD (6); no entanto, as garantias gerais do direito à saúde das pessoas com deficiência permanecem muito baixas.

Além disso, tem havido apelos na literatura para o desenvolvimento de mecanismos de coordenação multissetoriais e planos de colaboração que abordem os factores estruturais que aumentam o risco para as pessoas com deficiência em situações de emergência sanitária. Tais mecanismos são necessários para apoiar a aceleração dos esforços de desinstitucionalização, para reforçar o setor de apoio social mais amplo (7, 8) e para "construir sistemas de proteção social universais e inclusivos" (9).

Um grande conjunto de evidências destaca a importância da proteção social para as pessoas com deficiência. Embora a participação das pessoas com deficiência em programas de proteção social seja muito limitada nos países de baixo e médio rendimento (10), é evidente que, com a prestação de transferências de renda, as pessoas com deficiência têm maior probabilidade de ter visitas regulares ao seu médico de clínica geral, não têm despesas diretas e têm maior probabilidade de tirar partido de outros regimes de prestações médicas (11). Foi sugerido que as prestações pecuniárias implicam custos administrativos mais baixos e podem proporcionar às pessoas com deficiência a escolha e o controlo para seleccionar serviços e prestadores (12). Além disso, os regimes de protecção social podem ter em conta a vasta gama de custos acrescidos relacionados com a deficiência e, como tal, estes não devem estar ligados ao trabalho, aos salários mínimos ou ao número de horas trabalhadas.

No contexto da COVID-19, a ONU recomendou a expansão global da proteção social convencional e direccionada à deficiência durante o período por meio de vários métodos, incluindo pagamentos antecipados; estendendo a cobertura para pessoas com deficiência anteriormente consideradas inelegíveis; fornecendo "complementos" aos beneficiários existentes que podem ter que parar de trabalhar para apoiar pessoas com deficiência; e estabelecendo pagamento electrónico e entrega ao domicílio de numerário e de alimentos essenciais e de produtos não alimentares (13). As organizações que representam os direitos das mulheres, raparigas e pessoas com deficiência que não confirmam o género também levantaram a necessidade de "adoptar urgentemente medidas de protecção social – incluindo a complementação dos rendimentos, subsídios de renda e moratórias de despejo, subsídios alimentares e medidas gratuitas de água potável e higiene, incluindo a higiene menstrual" para preencher as disparidades de rendimento, satisfazer as necessidades básicas e, por sua vez, reduzir os riscos enfrentados por estes e outros grupos (14).

A integração da deficiência nas estratégias ou programas nacionais de saúde – por exemplo, estratégias de resposta ao VIH (15) ou planos de gestão para emergências de saúde – tem sido amplamente sugerida. Em relação às emergências de saúde, a adoção de indicadores para monitorar os direitos humanos em saúde pode progredir no combate à estigmatização e à discriminação e também pode servir como uma "ferramenta de alerta precoce". As Nações Unidas integraram explicitamente a deficiência em diferentes indicadores temáticos que foram desenvolvidos para monitorar a resposta da política baseada em direitos humanos à crise da COVID-19, que por sua vez atua como uma "ferramenta de alerta precoce" ou potencial discriminação (16).

A criação de comitês para supervisionar as políticas para a deficiência tem sido amplamente discutida. No contexto da COVID-19, por exemplo, diante das evidências de práticas discriminatórias adotadas em emergências de saúde, as decisões sobre priorização, triagem e racionamento em tempos de crise podem ser tomadas por comitês interdisciplinares, que incluem a representação de comunidades que defendem os direitos.

de pessoas com deficiência (17–19). Tais mecanismos de governança podem incutir uma mudança mais ampla na cultura em todo o setor, mudando perspectivas e abordagens mais amplas adotadas pelos profissionais de saúde para garantir dignidade, igualdade e direitos humanos em seu trabalho com pessoas com deficiência e suas famílias (20).

Independentemente das ações que foram postas em prática, a medida em que essas ações são eficazes e a forma como são implementadas sistematicamente permanece em aberto. A falta de monitoramento do progresso dos diferentes mecanismos e políticas de governança contribuiu ainda mais para a priorização limitada da deficiência no setor de saúde.



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

1. Priorizar a equidade em saúde para pessoas com deficiência

A priorização da equidade em saúde para pessoas com deficiência pode ocorrer em diferentes níveis. Pode envolver a conscientização, comunicando regularmente a importância da equidade em saúde nas instâncias nacionais e internacionais; na prática, pode significar formalizar mecanismos de governança e compromissos para a inclusão de pessoas com deficiência por meio de políticas ou legislação. É importante que estes mecanismos e compromissos proíbam a discriminação e exijam ajustamentos razoáveis para as pessoas com deficiência. Priorizar a equidade em saúde pode incluir destacar a inclusão da deficiência em estratégias-chave, como a estratégia nacional de saúde, bem como estabelecer um plano de monitoramento e avaliação para acompanhar o progresso em sua implementação.

A caixa 12 fornece um exemplo do compromisso dos Estados-Membros da Região Europeia da OMS de promover a inclusão das pessoas com deficiência no setor da saúde através da adoção do *Quadro Europeu de Ação da OMS para alcançar o mais elevado nível de saúde possível para as pessoas com deficiência 2022-2030*.

Esforçar-se para melhorar a vida das pessoas com deficiência no Tajiquistão

Durante vários anos, a prestação de cuidados a pessoas com deficiência tem sido uma prioridade importante do Governo do Tajiquistão, com progressos significativos realizados em políticas, serviços e legislação, incluindo a lei de Protecção Social das Pessoas com Deficiência. O Governo declarou o seu compromisso de melhorar a reabilitação e os cuidados às pessoas com deficiência na Declaração de Dushanbe de 2019 sobre Questões de Deficiência (21).

Um foco na deficiência surgiu após um grande surto de pólio em 2010, o que levou a um esforço para provar serviços de reabilitação e produtos de assistência para as crianças afetadas. Com o apoio da OMS, uma lista de produtos assistivos prioritários nacionais foi desenvolvida em 2018. Esta lista de 30 produtos prioritários essenciais – como cadeiras de rodas, aparelhos auditivos e médicos – oferece um modelo para outros países.

Após uma análise situacional identificadas necessidades e desafios, foi implementado um programa de deficiência e reabilitação; isso incluiu o fortalecimento da oferta de produtos, serviços e pessoal de assistência na atenção primária, com o projeto "1-Stop" oferecendo um modelo impactante para a expansão em todo o país. Actualmente, foram adquiridos mais de 7000 produtos de 23 tipos diferentes, com produtos distribuídos ao Centro Nacional de Ortopedia e quatro projectos-piloto em curso em centros de saúde primária no distrito de Rudaki, onde 18 enfermeiros e médicos de família receberam formação sobre produtos de assistência. Um Centro Nacional de Tecnologia Assistiva também está sendo desenvolvido.

O Plano Nacional de Ações de 2020 serve como um roteiro para implementar a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e integra o trabalho das autoridades estatais e das instituições da sociedade civil. Reuniões em 28 cidades e distritos aumentaram a conscientização sobre questões de deficiência e medidas eficazes. Nestes encontros, funcionários da saúde, parceiros e dirigentes de organizações de pessoas com deficiência reuniram-se com funcionários de agências que lidam com serviços sociais, emprego e construção. Um novo programa nacional de deficiência e reabilitação está sendo desenvolvido para 2023-2028, apoiado pela OMS.

Quadro de ação europeu da OMS para alcançar o mais elevado nível de saúde possível para as pessoas com deficiência 2022-2030

Em 2022, os Estados-Membros da Região Europeia da OMS comprometeram-se a promover a inclusão das pessoas com deficiência no setor da saúde através da adoção do *Quadro Europeu de Ação da OMS para alcançar o mais elevado nível de saúde possível para as pessoas com deficiência 2022-2030* (22). Os objetivos do quadro centram-se i) na cobertura universal de saúde; ii) a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas com deficiência; iii) a proteção das pessoas com deficiência durante emergências de saúde pública; e iv) a criação de uma base factual sobre a deficiência e a saúde. O quadro inclui objetivos, metas e ações específicas para os Estados-Membros da Região Europeia da OMS e para as partes interessadas nacionais e internacionais, bem como um quadro pormenorizado de acompanhamento e avaliação, a fim de assegurar que o direito à saúde das pessoas com deficiência seja plenamente realizado. O quadro será implementado nos próximos anos.

2. Estabelecer uma abordagem da saúde baseada nos direitos humanos

Estabelecer uma abordagem de saúde baseada em direitos humanos significa integrar e operacionalizar os compromissos com os direitos humanos em todas as intervenções programáticas tomadas pelos governos. Os países devem assumir as suas obrigações de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde das pessoas com deficiência. **Respeitar** o direito à saúde envolve respeitar os direitos das pessoas com deficiência de ter controle sobre sua própria saúde e tomar decisões sobre seu próprio tratamento. **Proteger** o direito à saúde envolve garantir que outras pessoas respeitem esses direitos e que os países defendam as pessoas com deficiência contra violações dos direitos humanos.¹⁵ A revogação de leis e a revisão de políticas e programas que discriminam e violam direitos são passos que todos os países podem tomar nesse sentido. Em relação ao **cumprimento** de suas obrigações, os países precisam tomar medidas positivas para facilitar o gozo do direito humano básico de cura para as pessoas com deficiência. O progresso nesta obrigação pode ser alcançado através de estratégias e soluções que abordem práticas discriminatórias e condições injustas que muitas vezes estão no centro de resultados de saúde desiguais para este grupo de pessoas.

¹⁵ <https://www.un.org/en/about-us/udhr/foundation-of-international-human-rights-law>.



Por exemplo, abordar o direito à capacidade jurídica (ver **caixa 13**), bem como dispor de sistemas de salvaguarda, pode garantir que os atos de coerção, violência e abuso em contextos de cuidados de saúde sejam devidamente investigados e objeto de ação penal. É vital reconhecer o direito de todas as pessoas com deficiência, incluindo aquelas com deficiências psicossociais, cognitivas ou intelectuais, de exercer sua capacidade jurídica em igualdade de condições com as outras em todas as áreas da vida. Isto implica que o respeito pela capacidade jurídica, sem discriminação, está no centro de todos os esforços para reforçar os cuidados de saúde. Substituir todas as formas de tomada de decisão substituta por uma tomada de decisão apoiada, de modo que as pessoas com deficiência possam ser capacitadas para tomar decisões e assumir o controle sobre suas vidas e escolhas é uma maneira de conseguir isso. Ao preparar as alterações à legislação, é importante que os governos trabalhem em estreita colaboração com as organizações nacionais e regionais de pessoas com deficiência e as organizações não governamentais(ONG). Na Alemanha, por exemplo, como em alguns outros países, já existe um serviço de arbitragem¹⁶ para apoiar pessoas com deficiência em situação de discriminação por parte de agências governamentais.

Uma abordagem baseada nos direitos humanos tem de ser sensível ao gênero e intersectorial. A adoção de uma abordagem baseada nos direitos humanos pode abordar ainda mais o sexismo e a desigualdade de gênero, o preconceito de idade, a estigmatização e a discriminação relacionadas à orientação sexual ou identidade de

¹⁶ <https://www.schlichtungsstelle-bgg.de/Webs/SchliBGG/EN/home/english-node.html>.

etnia ou origem religiosa. Além disso, tal abordagem deve abordar não apenas a prestação de serviços de saúde, mas também os fatores estruturais mais amplos, os fatores de risco e os determinantes sociais da saúde, que, em grande medida, moldam os resultados de saúde para as pessoas com deficiência. Tal pode ser facilitado através da governação e de quadros e mecanismos baseados nos direitos humanos para além da prestação de serviços de saúde, tais como os liderados por outros setores (por exemplo, tabaco, WASH, nutrição).

Ao estabelecer uma abordagem de saúde baseada em direitos humanos, as leis e políticas nacionais e subnacionais sobre deficiência devem estar alinhadas com normas, padrões e regulamentos internacionais, incluindo os principais conceitos da CDPD e, especificamente, em termos de disponibilidade, acessibilidade, acessibilidade e qualidade dos bens, serviços e instalações de saúde. Embora a CDPD forneça a estrutura para que os países desenvolvam ou alterem as leis de saúde, o status de não ratificação da CDPD não deve ser uma barreira para o avanço da equidade em saúde para pessoas com deficiência.

Estudo de

Integração da deficiência com uma abordagem de direitos humanos no Uruguai

Desde 2019, o Governo do Uruguai vem conduzindo uma abordagem de direitos humanos para integrar a deficiência no setor de saúde sob um projeto nacional inovador envolvendo vários órgãos governamentais, organizações das Nações Unidas, sociedade civil e organizações de pessoas com deficiência.

O projeto "O direito à igualdade e à não discriminação das pessoas com deficiência" visa:

- **alcançar um melhor acesso à saúde**, em particular a saúde sexual e reprodutiva dos jovens com deficiência, através da prestação de serviços mais acessíveis e inclusivos; da formação de 400 mil trabalhadores; da prestação de informações acessíveis; da implementação de iniciativas para os jovens; e do estabelecimento de novos protocolos de cuidados baseados nos direitos humanos.
- **prevenir e destacar a violência de gênero** e outras formas de violência institucional, adaptando protocolos para cuidados acessíveis, treinando 300 membros interinstitucionais de uma equipe de resposta e fornecendo informações aos órgãos relevantes de saúde, educação e proteção infantil.

- **melhorar as informações relacionadas à deficiência e projetar políticas de inclusão de deficiência**, incorporando um componente de deficiência em registros administrativos e fontes de dados, e treinando técnicos estaduais, organizações da sociedade civil e academia sobre as metodologias para pesquisar e avaliar a deficiência.

No âmbito do projeto, as pessoas com deficiência fornecem informações técnicas e participam em espaços de intercâmbio ou mesas de diálogo. Considera-se a heterogeneidade da deficiência e das pessoas em maior risco de discriminação e violência.

Para garantir o acesso à saúde das pessoas com deficiência, foi elaborado um conjunto de "requisitos mínimos", com recomendações sobre como incorporá-los, para todos os profissionais de saúde. Foram nomeados dois delegados de cada prestador para a formação contínua. Os requisitos mínimos incluem:

- suporte informático para o registo de utentes em situação de deficiência;
- workshops de sensibilização para as pessoas com deficiência com uma abordagem baseada nos direitos humanos;
- uma pessoa de referência para deficiência para fornecer informações sobre acesso, benefícios e serviços;
- uma lista de vias acessíveis para os cuidados;
- diversidade na comunicação e informação, como o uso de sinalização em Braille;
- tempos de espera modificados, se necessário;
- redução dos custos com saúde; e
- desenho universal.



O direito à capacidade jurídica

O direito à capacidade jurídica das pessoas com deficiência está consagrado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. As pessoas com deficiência devem ter os mesmos direitos que qualquer ser humano de tomar suas próprias decisões em todas as áreas da vida. Em particular, as pessoas com deficiências psicossociais, cognitivas ou intelectuais e as pessoas idosas com deficiência enfrentam frequentemente desafios no exercício destes direitos. Se o pleno exercício da capacidade jurídica não for permitido, um sistema de saúde não pode ser inclusivo ou baseado em equipamentos humanos.

Ao adotar uma abordagem da saúde baseada nos direitos humanos, os países podem apoiar as pessoas com deficiência na consecução dos seus direitos. Esta abordagem da saúde implica a substituição de processos e quadros de tomada de decisão substitutos por aqueles baseados na tomada de decisões de apoio. Tal pode implicar permitir que as pessoas com deficiência tenham acesso a pessoas de apoio de confiança da sua escolha, que possam ajudá-las a compreender as opções de que dispõem; ajudá-las a considerar as vantagens e desvantagens de escolhas e decisões particulares relacionadas com os serviços de saúde que recebem; e apoiá-las na comunicação da sua vontade e preferências com os profissionais de saúde e de cuidados. No âmbito da sua iniciativa QualityRights, a OMS desenvolveu uma formação fundamental sobre a capacidade jurídica e o direito de decidir, bem como sobre o apoio à tomada de decisões para os países no reforço das suas políticas (23, 24).

3. Assumir um papel de mordomia para a inclusão de pessoas com deficiência no setor de saúde

Ao assumir um papel de gestão, o setor da saúde pode garantir o reforço da prestação de serviços de saúde e coordenar os serviços do setor privado para garantir que sejam inclusivos para as pessoas com deficiência e ligados às prioridades de saúde. Além disso, em termos de trabalho multissetorial, a administração do setor da saúde pode garantir que quaisquer políticas ou intervenções de saúde pública lideradas por outros setores que direta ou indiretamente digam respeito à saúde da população sejam inclusivas. A coordenação multissetorial nos níveis estratégico e operacional de políticas de proteção social, educação, alimentação, habitação ou WASH, entre outros, desempenha um papel importante na determinação da equidade e dos resultados em saúde para as pessoas com deficiência. Por exemplo, qualquer campanha de atividade física desenvolvida ou política de mudança climática estabelecida deve ser coordenada com

o Ministério da Saúde. Ao assumir um papel de administração, o setor de saúde também pode alavancar conhecimento, experiência, alcance e recursos de outros setores e parceiros e, assim, se beneficiar de pontos fortes combinados e variados. Muitos países têm entidades em vigor, como conselhos nacionais ou comitês para Assuntos de Deficiência, que coordenam ligações intersectoriais e assumem um papel de administração em todos os setores. É importante reforçar o papel do Ministério da Saúde nestas entidades.

4. Tornar a cooperação internacional mais eficaz, aumentando o financiamento das desigualdades em saúde das pessoas com deficiência

Muitos países de baixa renda dependem do financiamento internacional de doadores para progredir na inclusão de pessoas com deficiência em seus setores de saúde. É importante, portanto, para os países que podem mobilizar recursos em termos de assistência financeira e técnica, para apoiar outros que não possuem esses recursos. Essa assistência para implementar estratégias para abordar a equidade em saúde para pessoas com deficiência pode ser uma boa abordagem a curto prazo. O compartilhamento de informações, conhecimentos entre países ou plataformas de treinamento sobre inclusão de pessoas com deficiência pode fortalecer a cooperação internacional sobre deficiência. No entanto, é importante que a cooperação internacional não separe as pessoas com deficiência, prejudique os seus direitos ou crie ou exija barreiras cerebais. Quaisquer esforços para a cooperação internacional também devem reconhecer o requisito fundamental de incluir as pessoas com deficiência nos processos técnicos ou de análise ou alocação de recursos, conforme descrito no Artigo 32 da CDPD.¹⁷

¹⁷ <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-32-international-cooperation.html>.

Integração da deficiência na saúde sexual e reprodutiva no Pacífico

O Governo da Austrália tem sido líder no avanço do desenvolvimento inclusivo para pessoas com deficiência desde 2009, trabalhando com parceiros para construir políticas e serviços responsivos à deficiência nos países em desenvolvimento, com foco no apoio à região do Pacífico.

Em todo o Pacífico, as mulheres e os jovens com deficiência enfrentam obstáculos específicos ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso físico, os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde, as atitudes familiares e comunitárias e a acessibilidade de informações adaptadas às necessidades específicas (por exemplo, informações em Braille para pessoas com deficiência visual).

O Governo da Austrália está abordando essas barreiras por meio do programa de US \$ 30 milhões "Agenda Transformadora para Mulheres, Jovens e Adolescentes", um grande investimento no Pacífico para eliminar a necessidade não atendida de planejamento familiar (PF) implementado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e governos em Fiji, Kiribati, Samoa, Ilhas Salomão, Tonga e Vanuatu.

A Agenda Transformadora trabalha com organizações nacionais e internacionais de pessoas com deficiência, incluindo a Women Enabled International e o Pacific Disability Forum, para avaliar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, bem como as necessidades dos serviços de violência de gênero das pessoas com deficiência, para informar orientações e recomendações que possam melhorar a capacidade de resposta do serviço (25–27).

A Agenda Transformadora integrou a inclusão das pessoas com deficiência em todas as suas atividades várias. Pesquisou as instalações de saúde sobre suas barreiras de acessibilidade e comunicação, o que levou a aumentar a conscientização e a mudança de políticas. Por exemplo, em Tonga, um projecto de política de saúde reprodutiva apela a que a informação contraceptiva seja acessível às pessoas com deficiência e que se reforcem as competências dos profissionais de saúde favoráveis às deficiências.

Outras intervenções incluem a integração da deficiência nos pacotes de formação em planejamento familiar, a incorporação de orientações sobre a inclusão de pessoas com deficiência em modelos adolescentes, o apoio a programas de sensibilização sexual e reprodutiva inclusivos para pessoas com deficiência e a publicação, durante a pandemia de COVID, de um guia «Conheça os seus direitos» sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos e violência baseada no gênero com uma abordagem inclusiva para a deficiência (28).

5. Integrar a inclusão da deficiência nas estratégias nacionais de saúde, incluindo planos de preparação e resposta para emergências de saúde

Para ser priorizada no setor saúde, a deficiência precisa ser integrada como tema nas estratégias nacionais e subnacionais de saúde. As ações a serem incluídas para promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência terminariam no contexto nacional, nas prioridades e nas necessidades de saúde dos indivíduos. Essas ações podem incluir a disponibilização e acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde gerais e aos serviços específicos para pessoas com deficiência; estabelecer uma colaboração multissetorial; garantir a participação e o envolvimento de organizações de pessoas com deficiência nos processos do setor da saúde; e coletar e analisar dados desagregados por sexo, idade e deficiência.

6. Definir ações específicas do setor da saúde em estratégias ou planos nacionais em matéria de deficiência

A inclusão de ações específicas para o setor da saúde nas estratégias nacionais de deficiência pode dar visibilidade à saúde como área prioritária; ações específicas podem ser alinhadas com aquelas relevantes para a deficiência. É importante atribuir responsabilidades dentro do setor saúde aos atores relevantes para implementar as ações.

7. Estabelecer um comitê ou um ponto focal no Ministério da Saúde para a inclusão de pessoas com deficiência

Um comitê ou ponto focal dentro do Ministério da Saúde atua como um catalisador para elevar o perfil da inclusão de pessoas com deficiência no setor de saúde. Pode ter a responsabilidade de integrar a deficiência em todos os níveis de governação, programas e operações do sistema de saúde. Também pode coordenar com outras estruturas governamentais semelhantes, como pontos focais de direitos humanos, pontos focais para a implementação da CDPD ou pontos focais de deficiência em outros ministérios, bem como com parceiros internacionais e mecanismos de direitos humanos. O comitê deve ser multidisciplinar, estar presente nas estruturas subnacionais, envolver peritos com diferentes origens e incluir as pessoas com deficiência. Um exemplo de estabelecimento de um ponto focal sobre a deficiência é no Camboja, onde, em 2009, o Governo criou o Disability Action Council como o mecanismo nacional de coordenação e aconselhamento sobre deficiência. O conselho promove, coordena e fortalece ações para garantir os direitos e serviços necessários para as pessoas com deficiência, facilitando assim o gozo de direitos, obrigações, oportunidades e qualidade de vida iguais às dos demais na comunidade.

8. Integrar a inclusão da deficiência nos mecanismos de responsabilização do setor da saúde

Isso inclui a integração de indicadores relevantes que medem o desempenho, ou como o sistema de saúde cumpre suas intenções de promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência, e a resposta pública, ou se é responsável por suas necessidades. O mecanismo de responsabilização para avaliar o desempenho pode mostrar resultados concretos em relação a indicadores e metas definidos (mais detalhes sobre este mecanismo podem ser encontrados no ponto de entrada, "Monitoramento e avaliação"). Para que a responsabilidade funcione, é necessária uma designação clara de papéis e responsabilidades para diferentes atividades, bem como padrões que definam o que os atores relevantes devem entregar, um mecanismo estabelecido para a prestação de contas e ferramentas para fazê-lo. É essencial que as pessoas com deficiência e as suas organizações participem na definição de tais mecanismos e na construção das capacidades; estes grupos podem então tornar-se implementadores de políticas.

9. Criar redes, parcerias e alianças para pessoas com deficiência

A liberdade de deficiência é mais poderosa quando unida sob uma visão compartilhada para um setor de saúde inclusivo para a deficiência. Criar uma voz unida para a defesa da deficiência e o lobbying a nível nacional é fundamental (29). Para conseguir isso, uma forte rede de deficiência, alianças ou comunidade de prática pode ser desenvolvida e incluir pessoas com deficiência, suas organizações representativas, famílias e cuidadores, representantes do Ministério da Saúde e outros setores governamentais relevantes, profissionais de saúde, atores de desenvolvimento, ONGs e academia. A unidade evita a formação ou persistência de silos e uma voz fragmentada. Também pode haver redes que representem diferentes grupos de pessoas com deficiência, incluindo redes de apoio, que impulsionam o plano para o futuro. Tal pode garantir oportunidades nacionais ou regionais de aprendizagem cruzada e partilha de conhecimentos entre os parceiros, a fim de impulsionar ações atempadas e concretas para a inclusão das pessoas com deficiência. Um exemplo de tal rede existente é a Rede 18 da Ação Global sobre Deficiência (GLAD), formada em 2015. Este é um órgão de coordenação de doadores e agências bilaterais e multilaterais, fundações públicas e privadas e grandes coalizões do movimento de pessoas com deficiência que compartilham um interesse comum em alcançar o desenvolvimento internacional inclusivo e a ação humanitária. A Rede GLAD compartilha conhecimentos, trabalha em conjunto e coordena ações conjuntas, guiadas pela CDPD. Exemplos de iniciativas multilaterais nacionais e internacionais são apresentados na [caixa 14](#).

¹⁸ <https://gladnetwork.net>.

Iniciativas multissetoriais nacionais e internacionais

Estratégia de inclusão e direitos das pessoas com deficiência do Gabinete dos Negócios Estrangeiros, da Commonwealth e do Desenvolvimento (FCDO) 2022-2030 do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte (30)

Em 2022, a FCDO publicou uma estratégia de inclusão e direitos de deficiência 2022-2030 para reafirmar seu compromisso de atuar como líder global em inclusão de pessoas com deficiência. A visão estratégica do documento é que "as pessoas com deficiência em toda a sua diversidade – incluindo grupos marginalizados e sub-representados – estão significativamente engajadas, capacitadas e capazes de exercer e desfrutar de seus plenos direitos e liberdades em igualdade de condições com os outros, sem discriminação e ao longo da vida. Eles são membros plenos e ativos da sociedade e tomadores de decisão em todos os aspectos da vida, incluindo esforços diplomáticos e de desenvolvimento".

Uma das principais prioridades delineadas na estratégia da FCDO é a consecução de uma saúde inclusiva para todos. Isso envolve a remoção de barreiras a serviços de saúde iguais, acessíveis, acessíveis e de qualidade e a garantia de que as pessoas com deficiência tenham acesso a serviços de saúde sensíveis ao gênero, incluindo saúde e direitos sexuais e reprodutivos, WASH, programas de nutrição, reabilitação, tecnologia assistiva e vacinas. Asacções-chave incluem:

- influenciar a inclusão de pessoas com deficiência por meio do engajamento e da diplomacia bilaterais, multilaterais e de parceiros;
- Assegurar que os dados, os sistemas de dados, a investigação e as provas moldem os sistemas de saúde inclusivos; e
- apoiar a advocacia e a inclusão e participação significativa das pessoas com deficiência.

Fundo Fiduciário Multi-Parceiro da Parceria das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UNPRPD)

O Fundo Fiduciário Multi-Parceiro do UNPRPD foi estabelecido em 2011 como um mecanismo de financiamento conjunto que reúne o sistema das Nações Unidas, governos e organizações de pessoas com deficiência, para promover a CDPD em todo o mundo. A parceria fornece financiamento às organizações participantes das Nações Unidas para realizar uma programação conjunta sobre a deficiência priorizada pelos atores locais, incluindo projetos sobre saúde. Nos seus esforços de programação, a CNUDPD centra-se em condições prévias essenciais (ou

fundações) para acelerar a implementação da CDPD. Para alcançar essas pré-condições, três abordagens transversais também são aplicadas em todas as estruturas, processos e programas da UNPRPD. Essas abordagens incluem permitir a participação significativa de pessoas com deficiência, abordar a desigualdade de gênero e garantir a inclusão de pessoas marginalizadas com deficiência. Desde 2012, o UNPRPD financiou mais de 80 iniciativas de programação conjunta em 57 países, bem como a nível global.

Cúpula Global sobre Deficiência

A Cúpula Global da Deficiência foi realizada duas vezes – uma em 2018, organizada conjuntamente pelo Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, o Governo do Quênia e a Aliança Internacional de Deficiência; e novamente em 2022, organizada pelos governos da Noruega e Gana, e pela Aliança Internacional de Deficiência. Esta parceria multilateral é um bom exemplo de cooperação internacional inclusiva para as pessoas com deficiência em diferentes domínios. Na Cúpula de 2022, a saúde foi um tema-chave, e mais de 50 governos, organizações internacionais e parceiros se comprometeram a incluir a deficiência no setor de saúde. O evento foi um marco para persuadir os governos e a comunidade internacional a se comprometerem com o acesso equitativo aos serviços de saúde para todas as pessoas com deficiência.

10. Assegurar que os mecanismos de proteção social existentes apoiem as diversas necessidades de saúde das pessoas com deficiência

Os sistemas de proteção social podem desempenhar um papel crítico no estabelecimento das bases para que muitas pessoas com deficiência acessem os serviços de saúde. Por conseguinte, é importante que os mecanismos de proteção social apoiem as necessidades das pessoas com deficiência. O avanço dos trabalhos neste domínio exige uma coordenação e colaboração multisectoriais entre vários ministérios, incluindo, por exemplo, a saúde e os assuntos sociais. Muitos países não dispõem de recursos para estabelecer imediatamente um regime universal de protecção social e de forma progressiva. Isso permite que os países tomem medidas contínuas para melhorar seu sistema de proteção social e abranjam o maior número possível de pessoas com deficiência. É importante garantir a igualdade de gênero nos regimes de protecção social; as mulheres com deficiência e as mulheres que são cuidadoras estão especialmente em risco. As mulheres que são cuidadoras muitas vezes realizam trabalho de cuidado não remunerado ao longo de suas vidas, o que desafia sua capacidade de acessar o acesso formal

emprego, segurança social contributiva e salários dignos. É igualmente essencial que os mecanismos de protecção social tenham a capacidade de se adaptar e melhorar durante emergências de saúde. No contexto da protecção social, as considerações sobre os processos de avaliação, determinação e elegibilidade da deficiência são fornecidas no [Painel 15](#).

Caixa 15

Os processos de avaliação, determinação e elegibilidade da deficiência no contexto da protecção social

Os processos de avaliação, determinação e elegibilidade da deficiência são fundamentais para estabelecer como a deficiência inclui um sistema de protecção social.

- 1. Avaliação** da incapacidade – este processo envolve a estimativa da extensão da(s) deficiência(s) de um requerente e como essa(s) deficiência(s) desencadeia(m) barreiras à participação na interação com o contexto específico da pessoa em causa. Além disso, uma avaliação da deficiência serve para identificar o possível apoio necessário para ultrapassar essas barreiras, observando que as avaliações devem servir para promover, proteger e cumprir a participação e o gozo igualitários dos direitos humanos pelas pessoas com deficiência, e não utilizadas para restringir ou limitar esses direitos. Mudanças e discussões consideráveis estão ocorrendo internacionalmente em torno da abordagem ideal para a avaliação da deficiência para fins de protecção social. Embora atualmente, na maioria dos países, a abordagem da deficiência prevaleça, há evidências indiscutíveis de que informações adicionais sobre atividades, participação e ambiente são importantes para avaliar a deficiência. Considerou-se que as avaliações puramente baseadas na deficiência são inválidas e ineficazes na determinação da deficiência, forçando os países a reavaliar a sua abordagem aos processos de avaliação. Isso se alinha com os padrões estabelecidos pelo comitê da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que pede que as avaliações reflitam, no mínimo, "as características, circunstâncias e necessidades das pessoas com habilidades".
- 2. Incapacidade e determinação** – este processo utiliza a definição jurídica nacional de quem é considerado uma pessoa com deficiência, e o grau em que eles são deficientes, de acordo com certos regulamentos, esquemas e políticas. Para o processo de implementação da protecção social, as informações recolhidas a partir da(s) avaliação(ões) da deficiência são consideradas em relação a determinados limiares ou regras pré-estabelecidos.

definido pelos governos. Em alguns casos, isso pode resultar na emissão de um certificado ou cartão de deficiência. Ressalta-se que, idealmente, no contexto do sistema de saúde, o acesso aos serviços de saúde não deve depender da emissão de um cartão de certificado de deficiência. As pessoas com deficiência têm direito a serviços essenciais de saúde, incluindo o fornecimento de tecnologia assistiva como parte da UHC em igualdade de condições com os outros e sem estarem sujeitas à determinação da deficiência. No entanto, na realidade, alguns países podem decidir que, para priorizar certos grupos, como as pessoas com deficiência, os critérios de elegibilidade para subsídios devem ser relacionados à pobreza ou categóricos. Isso envolveria a introdução de cartões ou certificados de invalidez para decidir quem se beneficiaria; no entanto, este deve ser um passo tritório.

3. **Determinação** da elegibilidade – este processo decide sobre a elegibilidade de uma pessoa para receber uma ampla gama de benefícios, serviços e / ou produtos, incluindo pensões de invalidez e serviços de apoio individual. Como parte do processo de elegibilidade, informações adicionais, como idade, local de residência e nível de renda, são coletadas do requerente. Isso é então integrado com as informações coletadas dos processos descritos em 1 e 2, para estabelecer se um requerente atende a certos critérios para receber um benefício, serviço ou produto específico. É dada especial atenção ao apoio ambiental (como equipamento de assistência ou apoio financeiro) e aos serviços disponíveis no país, a fim de determinar o que um requerente pode ter direito a receber.

Os objetivos finais dos processos de avaliação da deficiência, a determinação e a elegibilidade visam melhorar a participação e a inclusão das pessoas com deficiência. Para tal, os procedimentos destinam-se a:

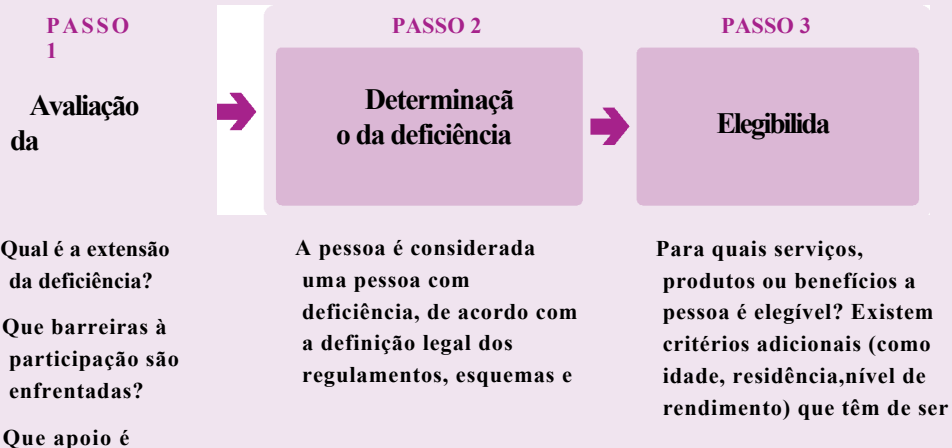
- avaliar o nível e o tipo de deficiência, o apoio que a pessoa requer e as barreiras à participação que ela enfrenta em um contexto específico;
- tomar decisões em torno dos direitos pessoais do indivíduo em relação a leis, políticas e regulamentos nacionais específicos; e
- Ajudar as estruturas e os programas a nível do sistema a serem inclusivos e a permitirem que o indivíduo participe na sociedade em pé de igualdade com os outros.

Assim, os processos de avaliação, determinação e elegibilidade da deficiência não apenas identificam aqueles que necessitam de benefícios, serviços, produtos ou proteção, mas também identificam e eliminam barreiras e promovem a igualdade de oportunidades, acessibilidade e inclusão para pessoas com deficiência.



A maioria dos países segue as três etapas do processo de determinação da deficiência e da elegibilidade em graus variados, mas será diferente em termos da avaliação da deficiência utilizada, da complexidade da avaliação geral da deficiência, dos processos de determinação e elegibilidade e dos critérios de elegibilidade para serviços e benefícios.

Processo de determinação da deficiência e elegibilidade na perspectiva do requerente



Um programa de proteção social inclusiva no Brasil (31)

O Brasil tomou medidas para alcançar a proteção social universal para as pessoas com deficiência. O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social, financiado pelo imposto, oferece benefícios equivalentes ao salário mínimo a mais de 2,3 milhões de pessoas com deficiência no país. Um estudo recente mostrou que esses benefícios amorteceram os impactos econômicos experimentados pelos pais de crianças com microcefalia (32). Além disso, o Brasil possui um sistema abrangente de seguridade social, o Previdência Social, que inclui a concessão de pensão de invalidez para pessoas com incapacidade parcial ou total, bem como auxílio-doença para aqueles que trabalham no setor formal. O sistema é uma combinação de prestações de invalidez financiadas por impostos e de prestações contributivas, o que permitiu ao Conselho progredir no sentido de uma cobertura universal para as pessoas com deficiência. O país também avançou seu mecanismo para avaliar a elegibilidade para benefícios por incapacidade e tornar o sistema mais acessível.

Um assistente social procede a uma primeira avaliação para determinar os obstáculos ao mercado de trabalho com que o requerente se defronta. Isto é seguido por uma avaliação das limitações médicas e de funcionamento do indivíduo. Uma vez que os centros de avaliação estão localizados em menos de 30% dos municípios do país e muitos potenciais beneficiários têm de percorrer longas distâncias para os alcançar, os custos de transporte do requerente e de um adulto acompanhante são reembolsados, independentemente do resultado dos seus pedidos.



Exemplos de como o progresso no compromisso político, liderança e governança pode ser monitorado

Neste ponto de entrada estratégico, exemplos de indicadores para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência incluem a formalização de mecanismos de governança e compromissos com a inclusão de pessoas com deficiência por meio de políticas ou legislação e o estabelecimento de um plano para monitorar o progresso. Além disso, os indicadores envolvem a integração da deficiência nas estratégias nacionais ou subnacionais de saúde, o

existência de um ponto focal ou comitê para supervisionar e monitorar a deficiência no âmbito do Ministério da Saúde e proteção social inclusiva.

Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o status da inclusão da deficiência nas ações dos países
Compromisso político para mecanismos de inclusão da deficiência	que o Ministério da Saúde formalize a governança e compromissos com a deficiência inclusão através de políticas ou legislação? Existe um plano para monitorar o progresso?
Deficiência embutida em com deficiência nacional ou subnacional estratégia de estratégias	São áreas prioritárias concretas para a inclusão de pessoas inserido na saúde nacional ou subnacional de saúde?
Ponto focal/comitê para supervisionar a inclusão de pessoas com deficiência no Ministério da Saúde	Existe um ponto/comitê focal (que inclui a(s) pessoa(s) com deficiência) no Ministério da Saúde para supervisionar e monitorizar a inclusão das pessoas com deficiência no sector da saúde e coordenar as intervenções de saúde pública com outros sectores?
Proteção social inclusiva Existem mecanismos	O mecanismo de proteção social inclui para pessoas com deficiência?



Financiamento da saúde



O que isso significa?

O financiamento da saúde refere-se a: a função de um sistema de saúde que se preocupa com a mobilização, acumulação e alocação de dinheiro para cobrir as necessidades de saúde das pessoas, individual e coletivamente. (33). Mais especificamente, o financiamento da saúde é composto por quatro funções e políticas inter-relacionadas: arrecadação de receitas; agrupamento de fundos (acumulação de fundos pré-pagos em nome de parte ou de toda a população); aquisição de serviços (afecção de recursos

aos prestadores); e políticas de desenho e racionamento de benefícios (quem tem direito a quê e a que se houver algum custo no ponto de uso)¹⁹.

Dado o objetivo geral da UHC, o objetivo específico do financiamento da saúde é garantir que todas as pessoas tenham acesso e usem os serviços necessários sem o risco de dificuldades financeiras. Com base em evidências acumuladas, a OMS definiu um conjunto de "atributos desejáveis" de cada função de financiamento da saúde, ou seja, a medida em que os arranjos de financiamento de um país exibem esses atributos é hipotetizada como associada a mais progresso em direção à UHC²⁰. Exemplos incluem a necessidade de passar para a dependência predominante de fontes públicas de financiamento, para reduzir a fragmentação no pooling, para impulsionar o pagamento dos provedores por dados sobre seu desempenho e as necessidades de saúde de sua população.

ao mesmo tempo que se gere o crescimento das despesas e ao estabelecimento de um quadro universal de benefícios com políticas que imponham limites explícitos à responsabilidade individual por pagamentos diretos.

As evidências disponíveis mostram que o financiamento inclusivo da saúde é essencial para promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência. Uma Comissão de Saúde Global da Lancet, recentemente publicada, sobre o financiamento da APS, fez um apelo global para que os países invistam mais e investissem melhor na APS, colocando as pessoas no centro de quaisquer funções de financiamento (34). A Comissão assume a posição de que o universalismo progressista deve orientar todos os aspectos do financiamento, colocando em primeiro lugar os direitos e as necessidades das populações mais pobres e marginalizadas de uma população.



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

11. Adotar o universalismo progressivo como princípio fundamental e como motor do financiamento da saúde, colocando as pessoas com deficiência no centro

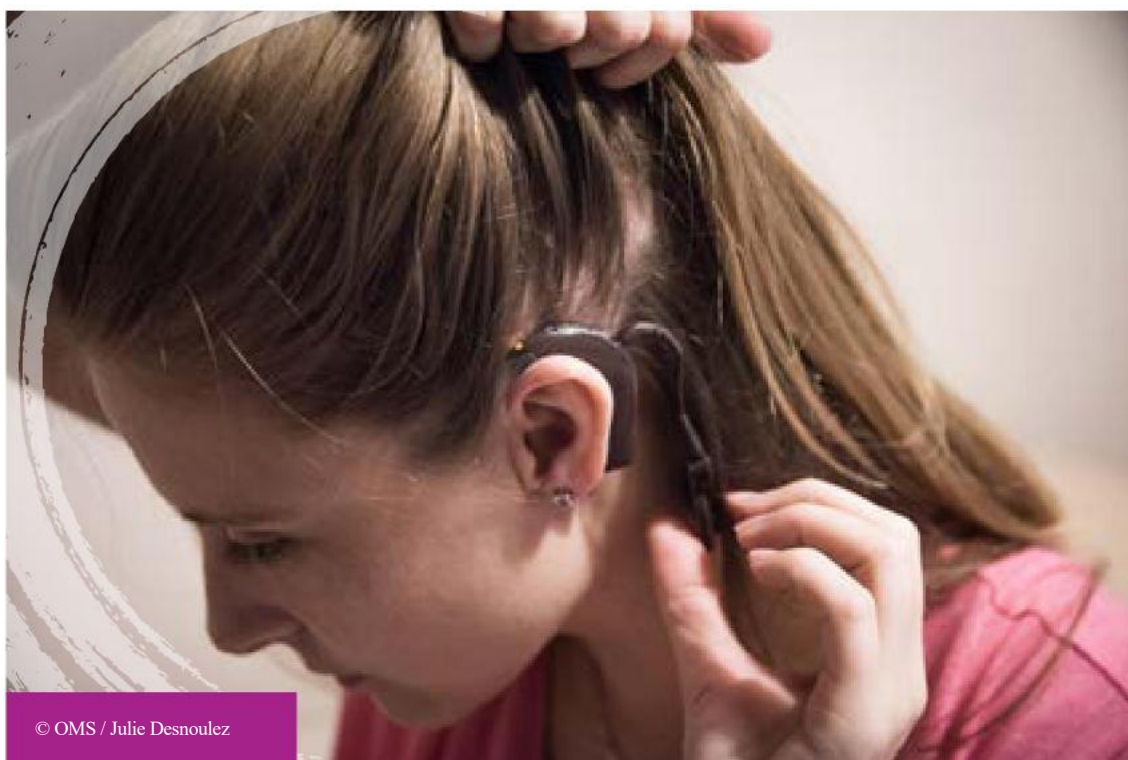
Adotar o universalismo progressivo como princípio no financiamento da saúde significa colocar os direitos e necessidades dos grupos mais desfavorecidos da

¹⁹ Kutzin, J. Um quadro descritivo para a análise a nível nacional dos mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde. *Política de saúde*. 2001 56(3):171-204.

²⁰ Jowett, M, Kutzin J, Kwon S, Hsu J, Sallaku J, Salano JG. Avaliação dos sistemas de financiamento da saúde do país: a matriz de progresso do financiamento da saúde. Organização Mundial da Saúde. 2020.

população, como as pessoas com deficiência, em primeiro lugar. Tal arranjo requer tanto um compromisso político quanto uma visão de longo prazo (34). Para serem avançadas, as funções e políticas de financiamento da saúde precisam ser impulsionadas pela equidade, que é inerente ao conceito de UHC. Em termos de mecanismos de aumento de receitas, estes devem basear-se em recursos públicos e ser definidos pela capacidade de pagamento. Uma vez que as pessoas com deficiência estão frequentemente entre os grupos mais desfavorecidos e marginalizados, isso irá ajudá-las a evitar pagamentos directos e catastróficos.

A partilha de fundos públicos, que permite que os subsídios cruzados fluam dos mais ricos para os mais pobres, e dos que são mais saudáveis para os que têm maiores necessidades de cuidados de saúde, como as pessoas com deficiência. Os sistemas de dados utilizados para a compra devem incluir identificadores para pessoas marginalizadas, como as pessoas com deficiência, a fim de permitir que o pagamento do prestador seja associado a co-pagamentos mais baixos para as pessoas nestas categorias.



12. Considerar os serviços de saúde para deficiências e condições de saúde específicas em pacotes de cuidados para a UHC

Quando pacotes de benefícios de cuidados no contexto da UHC estão sendo desenvolvidos, é importante que a abordagem geral considere as necessidades da população e a inclusão de serviços para deficiências específicas e condições de saúde subjacentes à incapacidade, como o cuidado da lesão medular. Para muitas pessoas com

Com deficiência, esses serviços são vitais. Embora os critérios de inclusão ou exclusão dependam do contexto do país, das restrições orçamentárias e da implementação, dos valores, das realidades, é importante que um processo justo e transparente seja seguido, considerando as necessidades da população. O envolvimento e a participação das pessoas com deficiência e das suas organizações representativas nos processos de concepção de pacotes podem não só ajudar a compreender as suas necessidades e perspectivas específicas, mas também realçar a importância de considerar critérios como a equidade e a gravidade no processo de concepção, dando mais peso aos serviços para pessoas com deficiência que podem não ser considerados "rentáveis". No entanto, os custos de oportunidade, ou seja, o fato de que a inclusão de alguns serviços pode significar que os serviços em outras áreas não podem ser incluídos, precisam ser avaliados no contexto de um país.

Inclusão de deficiência no pacote de benefícios de serviços de saúde para impulsionar cuidados equitativos nas Filipinas

Nas Filipinas, para pessoas com deficiência, o pacote Z Benefits da PhilHealth financia serviços para deficiências específicas e condições de saúde subjacentes à deficiência.

Os benefícios são determinados pela Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth), à qual todos os cidadãos têm adesão automática e cobertura para serviços de saúde através da recomendação positiva do processo de tecnologia de saúde do Departamento de Saúde. Esse processo é um mecanismo de definição de prioridades para o desenvolvimento de políticas e programas, regulamentação e determinação de direitos como medicamentos, procedimentos e serviços. No "Regras e regulamentos de implementação da Lei Universal de Cuidados de Saúde (Lei da República No. 11223)*, afirma-se que, entre outros princípios, a avaliação das tecnologias de saúde deve aderir à inclusão e à consideração preferencial pelos desassistidos e pelos mais vulneráveis. Através da avaliação da patologia da saúde, vários serviços para pessoas com deficiência foram incluídos no pacote de benefícios. Por exemplo, a PhilHealth declarou que pretende "integrar e reintegrar as pessoas com deficiência física na comunidade", fornecendo dispositivos auxiliares e serviços protéticos para casos que preencham os critérios de seleção. Os benefícios para crianças com deficiências motoras, auditivas ou visuais e deficiências de desenvolvimento fazem parte dos "benefícios Z", onde "Z" é definido como uma condição de "vida ou de membros" que requer "hospitalização prolongada, terapias extremamente caras ou outros cuidados que esgotariam os recursos financeiros", ou em outras palavras, cuidados "catastróficos".

* Departamento de Saúde (Filipinas). Regras e Regulamentos de Implementação da Lei Universal de Cuidados de Saúde (Lei da República No. 11223).

** Z benefícios para a Mobilidade, Órtese, Reabilitação, Prótese Ajuda, (https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2013/circ19_2013.pdf).

Benefícios Z para crianças com deficiência de mobilidade (<https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2017/porvolta-de-2017-0031.pdf>).

13. Incluir nos orçamentos dos cuidados de saúde os custos de tornar as instalações e os serviços acessíveis

Investir em tornar as instalações e serviços de saúde acessíveis às pessoas com deficiência é importante para elas e beneficia a todos. Infraestrutura física acessível e equipamentos de instalações são facilitadores fundamentais para o acesso a serviços de saúde para milhões de pessoas com deficiência. Como discutido mais adiante neste capítulo, os custos adicionais da implementação do projeto universal na construção de edifícios podem ser mínimos, mas altamente benéficos. Além disso, o investimento na prestação de serviços acessíveis também é crucial. Por exemplo, as plataformas de serviços de telessaúde muitas vezes não são acessíveis para pessoas com deficiência; por conseguinte, o investimento em software acessível para a prestação remota de serviços deve ser uma consideração.



Exemplos de como os progressos no financiamento e na afetação de recursos podem

ser monitorizados

Exemplos de indicadores para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência neste ponto de entrada estratégico incluem o financiamento da saúde baseado no universalismo progressivo, na acessibilidade dos serviços e nos mecanismos de proteção social inclusivos para pessoas com deficiência.

Exemplo de indicador

Perguntas que fornecem informações sobre o status da inclusão da deficiência nas ações dos países

O financiamento da saúde é com base na vida progressiva Universalismo

alocado para atingir as populações na maioria das condições marginalizadas, tais como: pessoas com deficiência, primeiro?

As perspectivas das pessoas com deficiência são incorporadas aos processos decisórios no financiamento da saúde?

Os serviços de saúde podem acessível

pagar por serviços de saúde, em comparação com pessoas sem deficiência?

Quais são os factores que contribuem para a inacessibilidade das pessoas com deficiência, por exemplo, o preço dos serviços, a diferença de rendimentos entre pessoas com e sem deficiência, etc.?



Engajamento das comunidades e outras partes interessadas, incluindo o setor privado Provedores



O que isso significa?

O envolvimento das comunidades e outras partes interessadas:

- engloba a construção de relações de colaboração que permitam ao setor da saúde e às partes interessadas relevantes definir conjuntamente as prioridades de saúde, identificar soluções e planejar ações.

- traz à tona o compromisso da APS de focar na pessoa e em comunidades inteiras e não nas doenças.
- deve fazer parte de uma estratégia abrangente para reorientar os sistemas de saúde para atender às necessidades das pessoas, considerando simultaneamente a mudança dos contextos sociais.
- inclui uma diversidade de atores, como usuários individuais de serviços de saúde e suas famílias, ou entidades do setor privado.

Para que o setor da saúde seja inclusivo em matéria de deficiência, é vital envolver as pessoas com deficiência e as suas organizações representativas. Evidências mostram que as estratégias para envolver e capacitar as pessoas e seus grupos e comunidades de apoio estendidos levam a uma melhor experiência do paciente; melhor satisfação e utilização dos serviços; melhor conformidade com os serviços; melhor literacia em saúde e resultados em saúde; e o aumento da aceitação de comportamentos mais saudáveis (35).

Durante as últimas décadas, tem havido apelos da sociedade civil para envolver as organizações de pessoas com deficiência nos processos de tomada de decisão no sector da saúde. Por exemplo, durante a pandemia de COVID-19, os governos e as organizações internacionais foram solicitados a garantir que a sociedade civil possa participar de forma significativa no planeamento de resposta à COVID-19. Isso inclui representantes de populações prioritárias e aqueles que vivem em condições marginalizadas, como mulheres, meninas e pessoas com deficiência não conformes de gênero, pessoas com albinismo, povos indígenas com deficiência e pessoas com deficiências psicossociais.

O envolvimento com outras partes interessadas em saúde e provedores do setor privado também é importante. Os esforços da WASH em ambientes com poucos recursos para serem inclusivos para a deficiência mostram um bom exemplo de colaboração intersetorial. Tais esforços, envolvendo departamentos governamentais de saúde e infraestrutura, parceiros de desenvolvimento, sociedade civil e, notadamente, organizações de pessoas com deficiência, apoiaram a construção de consensos não apenas sobre os principais princípios e abordagens para a inclusão de deficiências, mas também no estabelecimento de padrões-chave para as iniciativas de WASH. Por exemplo, na República Democrática Popular do Laos, novos projetos para instalações de abastecimento de água acessíveis e latrinas foram desenvolvidos com a colaboração da sociedade civil e do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, da AusAID e do Banco Mundial. Estes novos projetos foram então implementados em 1385 escolas em todo o país (36). Da mesma forma, na Etiópia, pontos de água acessíveis, lavatórios e latrinas foram projetados por ONGs internacionais, em parceria com organizações nacionais de pessoas com deficiência, em colaboração e aprovadas pelo Ministério

de Saúde (36). Embora o papel do setor de saúde em geral não seja claro nesses exemplos, eles ilustram uma forma de trabalho colaborativo que poderia ser aplicada em outras áreas da saúde pública.



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

14. Envolver as pessoas com deficiência e suas organizações representativas nos processos do setor de saúde

O envolvimento das pessoas com deficiência e das organizações de pessoas com deficiência nos processos do setor da saúde permite que esses grupos participem da tomada de decisões estratégicas, bem como na concepção, planejamento, desenvolvimento e prestação de serviços de saúde (37). É essencial envolver as pessoas com deficiência ao decidir as intervenções a serem incluídas nos pacotes de benefícios de cuidados para a UHC e ao projetar planos para emergências de saúde. Ao trazer sua diversidade, experiência, experiência e conhecimento, não apenas as pessoas com deficiência podem influenciar a forma como as políticas e os serviços são projetados, comissionados e entregues, mas também podem revelar desigualdades no terreno que, de outra forma, seriam desconhecidas pelos formuladores de políticas de saúde.



© OMS / Mobeem Ansari

A consulta e a participação ativa estão enraizadas no lema do movimento das pessoas com deficiência: "nada sobre nós sem nós". Assim, as organizações representativas das pessoas com deficiência devem ser envolvidas nos mecanismos formais (por exemplo, mesas-redondas, diálogos participativos, audições públicas, consultas em linha) que têm lugar nos países ao decidir pacotes de cuidados ou quaisquer questões relacionadas com a saúde (caixa 16). As pessoas com deficiência que estão em maior risco de exclusão ou de marginalização do envolvimento das partes interessadas devem estar envolvidas; estas incluem raparigas adolescentes, pessoas com deficiências intelectuais, cognitivas ou psicossociais, pessoas surdas, pessoas em ambientes residenciais, povos indígenas com deficiência ou idosos com deficiências múltiplas, entre outros.

A realização destas consultas deverá igualmente ter em conta as adaptações necessárias para a participação efectiva das pessoas com deficiência (por exemplo, prestação de serviços de legendagem; partilha prévia de materiais; concessão de tempo para o tratamento das informações e para a prestação de respostas).

A sociedade civil contribui para o progresso das pessoas com deficiência no Nepal

Durante os últimos anos, o Governo do Nepal fez progressos significativos na melhoria da vida das pessoas com deficiência, com uma forte contribuição das próprias pessoas com deficiência. Os esforços do sistema de saúde para atender às suas necessidades começaram após o terremoto de 2015, que deixou 20.000 pessoas com ferimentos, alguns dos quais resultando em comprometimento ou incapacidade a longo prazo. No âmbito do Ministério da Saúde e da População, uma unidade focal supervisiona a saúde inclusiva para a deficiência, que é orientada por um comitê técnico composto por organizações de pessoas com deficiência e de sociedade civil e parceiros de desenvolvimento externos.

Em 2017, a Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência do Governo significou uma mudança de uma abordagem baseada no bem-estar para uma abordagem baseada em direitos para a deficiência, garantindo acesso igualitário à educação, saúde, emprego, infraestrutura física pública, transporte e serviços de informação. A lei proíbe a discriminação com base na deficiência e, além disso, nos planos de preparação para catástrofes e emergências, reconhecia as necessidades específicas das pessoas com deficiência, um passo que poucos países tomaram.

Desde então, várias iniciativas específicas para a deficiência foram empreendidas no país, desde uma estratégia de avaliação até comunicações; outra iniciativa é melhorar o acesso à tecnologia assistiva. A experiência da sociedade civil, das associações profissionais e das organizações de pessoas com deficiência tem sido fundamental para as formações em saúde sobre inclusão de pessoas com deficiência para os governos provinciais e os profissionais de saúde. O envolvimento das organizações de pessoas com deficiência também foi crucial para desenvolver e implementar um plano de longo prazo – a Política, a Estratégia e o Plano de Ação Decenal de Gestão da Deficiência (2017-2026), que visa garantir a igualdade de acesso às pessoas com deficiência aos serviços de saúde. Em 2018, o Nepal reconheceu os direitos reprodutivos e o acesso a serviços para pessoas com deficiência, incluindo adolescentes, em uma lei que exige serviços de saúde sexual e reprodutiva inclusivos para pessoas com deficiência. Além disso, diretrizes técnicas sobre serviços de saúde sexual e reprodutiva inclusivos para pessoas com deficiência estão sendo desenvolvidas em parceria com organizações de pessoas com deficiência, sociedade civil e parceiros externos de desenvolvimento.

Organizações "de" e "para" pessoas com deficiência

Há uma diferença entre as organizações "de" pessoas com deficiências – que são lideradas por pessoas com deficiência e geralmente focadas na advocacia; e organizações "para" pessoas com deficiência – que geralmente são organizações sem fins lucrativos que prestam serviços a pessoas com deficiência, mas também podem advogar em seu nome. As organizações de pessoas com deficiência asseguram a representação de diferentes grupos. O financiamento e o desenvolvimento de capacidades para essas organizações são importantes, assim como o apoio público; essas organizações não apenas entendem melhor como atendem às necessidades da comunidade, mas também podem aumentar ainda mais o engajamento das pessoas com deficiência no setor de saúde, inclusive na programação de emergências em saúde (38).

15. Incluir ações sensíveis ao gênero que visem as pessoas com deficiência nas estratégias para capacitar as pessoas nas suas comunidades

É importante integrar estratégias para facilitar que as pessoas com deficiência sejam empoderadas pelos usuários dos serviços de saúde como parte de quaisquer ações universais tomadas pelos países para capacitar a pessoa nas comunidades. Isso ajudará as pessoas com deficiência a assumir o controle de suas próprias necessidades de saúde e tomar decisões sobre seus cuidados de saúde. Estas estratégias podem ser facilitadas através de ações sensíveis às questões de gênero, tais como a disponibilização de informações e instrumentos jurídicos e acessíveis sobre os direitos das pessoas com deficiência (caixa 17), com especial incidência nas mulheres, raparigas e pessoas não cisgênero com deficiência, ou o reforço da literacia e da educação em matéria de saúde e direitos humanos. Outras ações concretas incluem a promoção de responsabilidades partilhadas entre os prestadores de cuidados de saúde e as pessoas com deficiência nos percursos de cuidados, a minimização das barreiras nos contextos comunitários e a possibilidade de uma escolha informada, apoiando o seu controlo nas decisões relativas aos comportamentos, estilos de vida e planeamento de cuidados avançados, bem como na selecção dos prestadores de cuidados de saúde.

Fornecer informações gerais de saúde em formato acessível

O que isso significa?

Ao publicar ou divulgar informações de saúde, o uso de modalidades apropriadas de comunicação garante que as informações cheguem às pessoas com deficiência, que podem então fazer escolhas informadas sobre seus cuidados de saúde. Além disso, ao interagir com profissionais e serviços de saúde e cuidados, sua dignidade pode ser respeitada. Para muitas pessoas com deficiência, as modalidades de comunicação amplamente utilizadas, como a palavra falada ou escrita, ou o uso de certos dispositivos de telecomunicações, podem não ser apropriadas para compartilhar informações sobre serviços de saúde ou questões relacionadas à saúde pessoal.

Como isso pode ser facilitado por governos e atores do setor de saúde?

As principais informações de saúde podem ser fornecidas por governos e atores do setor de saúde em modalidades como Leitura Fácil, intérpretes de linguagem de sinais, informações em Braille ou impressão aumentada ou legendas em mensagens de vídeo.

Além disso, os governos e os intervenientes no sector da saúde podem assegurar que as informações e os dispositivos utilizados para a comunicação entre as pessoas com deficiência e os profissionais de saúde (por exemplo, smartphones ou tablets) sejam acessíveis e que a informação e a comunicação sejam fornecidas em formatos digitais acessíveis. Por exemplo, a interação pode ser facilitada através de formas alternativas de compreender o conteúdo não textual; as páginas da Web podem ser acessadas usando apenas um teclado ou navegadas usando software de reconhecimento de texto em fala ou um leitor de tela; legendas podem ser fornecidas; e cores suficientemente contrastadas, tamanhos de fonte e espessuras usados.

Como avaliar a inclusão dos materiais de informação em saúde? (39)

As seguintes perguntas simples podem ser usadas para avaliar se a adaptação e/ou abordagens direcionadas podem ser necessárias para alcançar as pessoas com deficiência:

1. Quem será capaz de entender essas informações em sua forma atual?
2. Quem não será capaz de entender essas informações em sua forma atual?

10. Como as informações refletem as necessidades de diferentes pessoas na comunidade? As pessoas com deficiência e seus cuidadores verão a si mesmos e suas experiências refletidas nas imagens?

11. O que as pessoas com deficiência pensam sobre os materiais? Eles têm algum conselho ou feedback?

Embora seja útil ter o conselho e a orientação de pessoas com deficiência antes de começar, também é importante que as pessoas com deficiência e seus cuidadores sejam convidados a revisar, criticar e comentar o material quando terminar, para que ele possa ser ajustado de acordo.

Exemplo de prática do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte

Em 2016, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHS) publicou o primeiro Padrão de Informação Acessível*, com o objetivo de tornar as informações sobre saúde e assistência social acessíveis. Todas as organizações que prestam cuidados do NHS ou assistência social para adultos financiada publicamente são legalmente obrigadas a seguir esta Norma. A Norma descreve uma abordagem específica e consistente para identificar, gravar, sinalizar, compartilhar e atender às necessidades de suporte de informação e comunicação de pacientes, usuários de serviços, cuidadores e pais com deficiência. A Norma inclui orientação, uma série de conselhos e ferramentas para apoiar a sua implementação eficaz.

<https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/patient-equalities-programme/> equality-frameworks-and-information-standards/accessibleinfo/.

16. Envolver os prestadores de apoio informal às pessoas com deficiência

Os termos "cuidados informais" ou "apoio informal" abrangem todos os "cuidados não profissionais prestados – por escolha ou por defeito – por membros da família, amigos, vizinhos ou outras pessoas que cuidam de pessoas com necessidades de cuidados de longa duração em todas as idades, geralmente emidosos particulares (40)". Ao implementar políticas para se envolver com os usuários dos serviços de saúde e suas famílias, o envolvimento de provedores informais de apoio é crucial para aumentar a conscientização sobre sua contribuição e suas necessidades, bem como para adaptar as recomendações para a melhoria de seus serviços. O envolvimento dos prestadores informais de apoio deve ser acompanhado de diferentes estratégias para melhorar a sua situação. Essas estratégias podem incluir a definição clara do papel e do estatuto dos prestadores de apoio informal anível nacional ou subnacional para reconhecer o seu contributo;

Conciliar o emprego e apoiar as responsabilidades das pessoas com deficiência através de políticas que prevejam direitos, tais como regimes de trabalho flexíveis; ou proteger a sua saúde e bem-estar através de diferentes programas. Por exemplo, a OMS desenvolveu o "iSupport" como um programa de formação de conhecimentos e competências para prestadores de apoio a pessoas que vivem com demência. Esta ferramenta inclui informações sobre como lidar com mudanças comportamentais, como perda de memória e perda; como fornecer apoio para as atividades cotidianas de uma pessoa; ou como gerenciar a própria saúde física e mental de um indivíduo (41).

Estudo de

Reforço dos cuidados informais na Eslováquia e na Eslovénia*

Na Eslováquia, os cuidadores informais de pessoas com deficiências graves podem receber subsídio de assistência. O montante pago é aproximadamente mesmo que o salário mínimo líquido no país; para os cuidadores em idade de reforma, uma taxa fixa de aproximadamente 50% desse montante é dada além de sua pensão regular ser paga. O subsídio aumenta se o cuidador estiver a cuidar de uma criança. A contribuição é fornecida pelo orçamento do Estado. Os cuidadores informais não têm o estatuto de empregados, mas o Estado cobre as suas contribuições para a saúde e a segurança social.

Na Eslovénia, co-financiado pelo Ministério do Trabalho, da Família, dos Assuntos Sociais e da Igualdade de Oportunidades, e pelos municípios, o Instituto de Gerontologia e Relações Intergeracionais Anton Trstenjak desenvolveu e implementou um programa de formação de base comunitária para os cuidadores informais. A formação inclui aspectos sociais e de saúde do cuidado, tais como a compreensão e a comunicação com o receptor do cuidado; habilidades para cuidados domiciliares; cuidados com a própria saúde dos cuidadores; conhecimento sobre as condições de saúde; cuidados paliativos; informações sobre as possibilidades de cuidados temporários e cuidados institucionais; e gestão psicossocial. Os participantes do programa podem aprender diretamente com especialistas e instituições locais e nacionais relacionados ao cuidado, bem como com enfermeiros da comunidade local, fisioterapeutas, médicos e cuidadores formais. O treinamento consiste em 10 sessões de aprendizagem semanais; no final, os participantes são incentivados a continuar com as reuniões mensais em "grupos de parentes locais", com base no

*UNECE. 2019. *O papel desafiador dos cuidadores informais. Resumo da Política*

17. Envolver as pessoas com deficiência na investigação e incluí-las na força de trabalho da investigação em saúde

Garantir a pesquisa inclusiva pode facilitar a plena participação de pessoas com deficiência e outras populações prioritárias que vivem em condições marginalizadas em oportunidades de pesquisa. Assegurar a investigação inclusiva facilitará igualmente a aplicação inclusiva dos resultados da pesquisa. Testar novos medicamentos e produtos de saúde é um bom exemplo disso. Embora as pessoas com deficiência utilizem medicamentos e produtos de saúde – possivelmente com mais frequência do que muitas – são sistematicamente excluídas da investigação clínica que testa esses medicamentos e produtos. Da mesma forma, em testar a eficácia de intervenções de saúde pública que visam aumentar a atividade física entre a população; se as pessoas com deficiência não forem envolvidas, os resultados nunca serão totalmente representativos (caixa 18).

As pessoas com deficiência têm conhecimentos e conhecimentos valiosos para compartilhar, e seu engajamento contribui para os avanços nos cuidados de saúde. O envolvimento pode ser facilitado através da integração do desenho universal em todas as fases do projeto de investigação ou através da disponibilização de adaptações razoáveis em todo o processo, em função dos requisitos e necessidades das pessoas com deficiência. Além disso, é necessário garantir que as pessoas com deficiência sejam incluídas na mão-de-obra da investigação a todos os níveis para reforçar e desenvolver a mão-de-obra mais alargada no sector da saúde. A inclusão é um pré-requisito para enriquecer os esforços de saúde pública de um país e alcançar as suas prioridades de saúde (42). A igualdade de oportunidades de emprego garante o acesso a uma reserva inexplorada de talentos; aumenta a inovação, incluindo funcionários com diversas experiências que têm diferentes abordagens para a resolução de problemas; melhora a reputação das organizações, pois os clientes valorizam as empresas que mostram verdadeiro compromisso com a inclusão; e, em última análise, beneficia a todos (43). A inclusão pode ser facilitada através de ações como proporcionar oportunidades aos estudantes com deficiência em instituições académicas, promover as carreiras dos investigadores com deficiência ou garantir que todas as políticas institucionais apoiem a inclusão da deficiência (44).

Abordagens para a inclusão da deficiência na pesquisa (45)

1. Análise preliminar inclusiva e envolvimento precoce

Os pesquisadores de saúde com deficiência fazem parte da equipe de pesquisa? A deficiência foi considerada em pesquisas preliminares e/ou análise de antecedentes do contexto de pesquisa? Os pesquisadores de saúde podem revisar a literatura publicada e cinza existente de diferentes setores e consultar as partes interessadas em deficiência no país, incluindo prestadores de serviços de deficiência e organizações de pessoas com deficiência.

2. Compreender a CDPD e os seus quadros jurídicos internos

Para desenvolver e implementar projetos de pesquisa em saúde inclusivos de forma eficaz, pesquisadores e revisores podem receber treinamento na CDPD, seus princípios subjacentes, estruturas legais domésticas, requisitos e linguagem. Esta formação e as suas implicações práticas podem ser obtidas por organizações locais de pessoas com deficiência.

3. Promover parcerias com investigadores locais com deficiência

Sempre que possível, as propostas de pesquisa podem incluir a colaboração com pesquisadores locais com deficiência como parceiros e consultores. Os doadores apoiam a criação de parcerias e o reforço das capacidades entre investigadores e instituições locais, o que pode ser integrado na conceção de projectos de investigação em saúde inclusivos para a deficiência.

4. Garantir que os processos de revisão e supervisão da ética local sejam inclusivos

A CDPD estabelece o direito das pessoas com deficiência de participar ativamente da vida social, cultural e política e de se envolver em questões que as afetam, incluindo pesquisa e inovação em saúde. É útil, por conseguinte, determinar se as instituições de investigação locais dispõem de processos de representação das pessoas com deficiência em comités de ética ou noutras formas, tais como conselhos consultivos ou comités directores.

3. Engajar-se na reflexão crítica

A pesquisa em saúde pode ser enriquecida refletindo honestamente e reconhecendo as limitações dos processos e resultados, com base em quem está e quem não está incluído, evitando generalizações e destacando

sempre que possa ser necessária uma investigação mais aprofundada. Os investigadores podem também ser encorajados a identificar e a reflectir sobre os seus próprios preconceitos, ou sobre os sistemas de valores culturais que trazem para a investigação, o que pode ter contribuído para a exclusão ou inclusão de determinados grupos.

18. Solicitar que os prestadores do setor privado apoiem a prestação de serviços de saúde inclusivos para pessoas com deficiência

Uma ampla gama de atores não estatais desempenham papéis cruciais no apoio à prestação de serviços e bens de saúde. Isso inclui prestadores de cuidados de saúde formais e informais e entidades com e sem fins lucrativos nos níveis local, nacional ou internacional. O setor da saúde pode realizar o mapeamento das partes interessadas (46) para determinar quem são os atores do setor privado no país e definir mecanismos regulatórios para garantir que a prestação de serviços de saúde e produtos de saúde por atores não estatais seja inclusiva para as pessoas com deficiência. Os serviços que não são inclusivos devem ser coordenados pelo sector da saúde, a fim de assegurar a sua ligação ao sistema de saúde e integrados para apoiar os objectivos de saúde pública.



Exemplos de como o progresso no engajamento das comunidades e outras partes interessadas pode ser monitorado

Exemplos de indicadores para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência neste ponto de entrada estratégico incluem acessibilidade de informações e comunicação em saúde, pesquisa inclusiva para deficiência, envolvimento com organizações de pessoas com deficiência e setor privado.

Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o status de inclusão de pessoas com deficiência em ações nacionais
Acessibilidade da saúde informação e	São fornecidas informações e comunicações em saúde em formatos acessíveis, por exemplo, Braille, Easy-Read, legendas de comunicação, linguagem de sinais?
Deficiência inclusiva	As pessoas com deficiência estão ativamente envolvidas em pesquisa em saúde?
Engajamento com organizações de pessoas com deficiência	Existe um mecanismo estabelecido para engajar organizações de pessoas com deficiência na decisão-no setor saúde?
Envolvimento com o privado privado	Existe um mecanismo de coordenação para garantir que o entidades setoriais prestam serviços de saúde inclusivos?

Modelos de atenção

O que isso significa?

Modelos de atenção:

- representam o conceito de como os serviços devem ser entregues. Isso inclui todo o processo de cuidados, a organização e gestão de provedores e serviços e a definição de papéis e responsabilidades de plataformas e provedores ao longo dos caminhos do cuidado.
- afetam significativamente outros componentes do sistema de saúde, como governança, financiamento, força de trabalho e sistemas de informação.
- mudar de acordo com as prioridades de saúde da população e pode ser adaptado de acordo com os contextos locais.

- são construídas sobre os princípios de promoção de serviços integrados de saúde, priorizando a atenção primária e as funções de saúde pública; facilitar o acesso equitativo a serviços a preços acessíveis, fornecer medicamentos essenciais e tecnologias de apoio mais perto de onde as pessoas vivem; e garantir cuidados contínuos, abrangentes, coordenados e centrados nas pessoas.

Um grande corpo de evidências sugere a importância de fornecer modelos inclusivos de cuidados para promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência. Por exemplo, o fortalecimento dos sistemas de encaminhamento e a coordenação dos cuidados têm se mostrado fundamentais para atender à amplitude da saúde.

necessidades das pessoas com deficiência. Isto é importante, porque enquanto as necessidades de saúde de algumas pessoas com deficiência são semelhantes às da população em geral, outras têm necessidades maiores que requerem cuidados de saúde mais frequentes, abrangentes e coordenados, inclusive ao nível dos cuidados de saúde primários. Estudos demonstraram sucesso e a eficácia de diferentes tipos de programas de coordenação de cuidados para crianças com deficiência, com reduções relatadas nas necessidades de cuidados de saúde não atendidas, visitas ao departamento de emergência (47), consultas médicas perdidas (48) e uso inadequado de serviços (49). Para muitas pessoas, o acesso à reabilitação o mais cedo possível – ou seja, durante a fase aguda da lesão, e fornecido em um continuum – é essencial para maximizar os resultados funcionais e facilitar a transição para a vida comunitária (50). A reabilitação e a rly também pode reduzir significativamente a prevalência de muitas condições crônicas e retardar seu início (51, 52).

A importância de modelos de atenção que promovam o desenvolvimento da primeira infância para pessoas com deficiência também está muito bem documentada na literatura. Garantir o acesso a intervenções na primeira infância é vital para ajudar as crianças com deficiência atingem todo o seu potencial (53). A investigação e as experiências dos países apresentam uma forte justificação para investir no desenvolvimento da primeira infância para crianças com deficiência por, pelo menos, quatro razões: i) direitos humanos – todas as crianças com deficiência têm o direito de se desenvolver "na medida do possível" (54); ii) societal – crianças com deficiência que recebem bons cuidados e desenvolvimento o As oportunidades durante a primeira infância são mais propensas a participar significativamente na sociedade no futuro (55); iii) científicas – os primeiros anos de vida de uma criança são críticos para fornecer os blocos de construção essenciais para o crescimento, desenvolvimento e progressão futuros (56); e iv) programáticos – os programas de desenvolvimento da primeira infância podem levar a melhores taxas de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento, e assegurar que os programas educativos posteriores sejam mais eficazes (57). Os programas de desenvolvimento da primeira infância devem ser eficazes para todas as crianças quando são parte integrante das ações existentes em matéria de saúde, educação e sistema social, e envolvem uma série de sectores, como a saúde e a educação, que partilham responsabilidades (58, 59).

A importância da desinstitucionalização, particularmente (mas não exclusivamente) no campo da saúde mental, também é muito proeminente na literatura. Atualmente, embora os serviços baseados na comunidade sejam amplamente considerados como a melhor abordagem para a prestação de cuidados de saúde mental, a maioria dos países de baixa e média renda gasta a maioria de seus escassos recursos para o gerenciamento de saúde mental de pessoas com condições de saúde mental em instituições (60). A desinstitucionalização e a mudança para modelos de cuidados baseados na comunidade são importantes para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência psicossocial e protegê-las de uma ampla gama de violações dos direitos humanos; é mais rentável, uma vez que conduz a melhores resultados de recuperação (61). A desinstitucionalização na área da saúde mental está em curso em vários países. Por exemplo, em Buenos Aires, Argentina, uma reforma da saúde mental realizada entre 2020 e 2021 reduziu o número de pessoas em instituições que caiu de 1810 para 1391. Isto foi conseguido através da interrupção de admissões de longa duração; Conceder aos indivíduos um subsídio de transferência para apoiar a quitação; e proporcionar-lhes apoio habitacional e serviços de saúde mental de base comunitária (62).

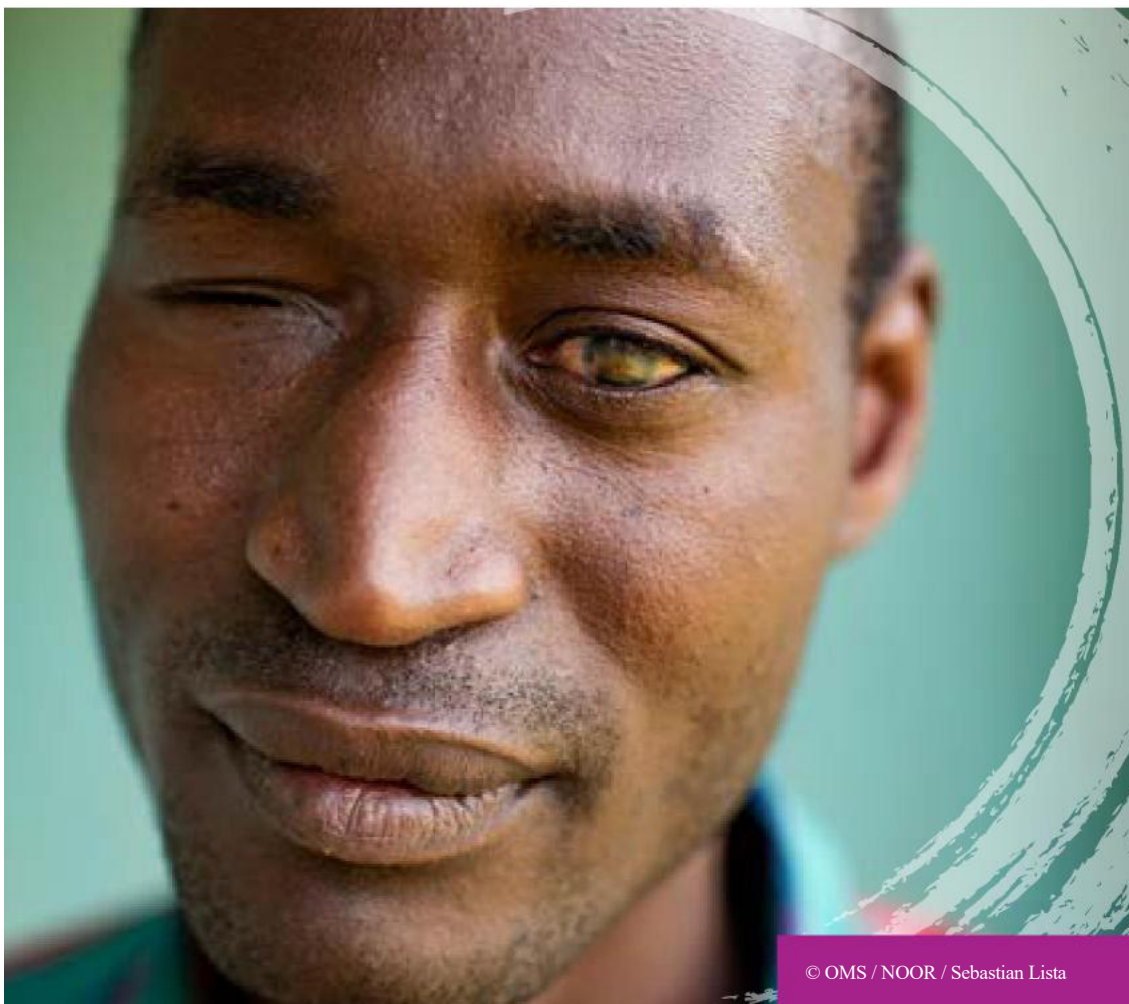


Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

19. Permitir a prestação de cuidados integrados centrados nas pessoas, acessíveis e próximos do local onde as pessoas com deficiência vivem.

Embora os países façam progressos no sentido de reforçar os serviços de cuidados de saúde primários, é importante planejar a forma como estes serviços chegarão às populações mais marginalizadas, incluindo as pessoas com deficiência. Por exemplo, é necessário o acesso aos serviços principais através de ações específicas, tais como tornar a infraestrutura acessível, a formação da mão-de-obra ou a eliminação de barreiras financeiras para as pessoas com deficiência. É necessário um foco particular nas populações que vivem em áreas rurais e remotas; os serviços de saúde integrados devem ser bem planejados para pessoas com deficiência nesses ambientes. Os benefícios dos serviços na comunidade para pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais são apresentados no **Quadro 19**. Além disso, qualquer plano de acessibilidade tem de assegurar a prestação de cuidados de saúde de uma forma integrada e centrada nas pessoas ao longo da vida. O cuidado integrado centrado nas pessoas é intrinsecamente inclusivo, pois adota as perspectivas de indivíduos, cuidadores, famílias e comunidades como participantes ativos no

sistemas de saúde que respondam às suas necessidades e preferências de forma holística. Quando implementada, tal abordagem tem o potencial de gerar benefícios significativos para a saúde das pessoas com deficiência, incluindo a melhoria resultados clínicos e de saúde, melhor literacia em saúde e autocuidado, maior satisfação com os cuidados e redução dos custos globais.



No contexto das emergências de saúde, a manutenção de serviços essenciais de saúde para pessoas com deficiência é fundamental. Portanto, o plano nacional de continuidade dos serviços essenciais de saúde durante emergências de saúde também deve considerar as necessidades das pessoas com deficiência. Além disso, os serviços de saúde integrados centrados nas pessoas são um veículo para garantir que as respostas de emergência de saúde atendam às necessidades da diversidade de pessoas, incluindo subpopulações que podem enfrentar marginalização adicional, na comunidade afetada. Dada a complexidade da análise e a diversidade de estratégias necessárias, é fundamental que as pessoas com deficiência e suas organizações representativas, membros da família, serviços de apoio e prestadores de cuidados de saúde desempenhem um papel central no planejamento de emergências em saúde, trabalhando em conjunto para chegar a uma compreensão completa do

consequências das intervenções de saúde pública planejadas para a resposta. Uma vez implementadas, as consequências devem ser analisadas e devem ser tomadas medidas corretivas, se necessário (76).

Estudo de caso

Trazer serviços para pessoas com deficiência para perto de casa na Irlanda

A Irlanda está a transformar os cuidados de saúde e a prestação de cuidados sociais através de novos modelos de cuidados que visam fornecer serviços de saúde e de assistência social às pessoas dentro das suas próprias comunidades, ou o mais próximo possível. A iniciativa Sláintecare centrada nas pessoas ("*Obrigada*" significa "saúde" na língua irlandesa) está a expandir e a desenvolver serviços de saúde primários e comunitários, com acções específicas para as pessoas com deficiência. A visão da Sláintecare é prestar os cuidados certos, no lugar certo, no momento certo.

Um projeto em andamento é reconfigurar a equipe de serviços de deficiência que trabalha com uma gama diversificada de crianças com deficiência, através da criação de 91 equipas locais da Rede de Deficiência Infantil. Estas equipas interdisciplinares de profissionais de saúde e de assistência social prestam serviços e apoio a crianças até aos 18 anos com necessidades complexas e que vivem numa área geográfica específica, permitindo-lhes ter serviços prestados perto delas. Os membros da equipe oferecem experiência em áreas como fisioterapia, psicologia ou terapia da fala, e trabalham em estreita colaboração em um modelo centrado na família, com foco nas prioridades da criança e da família. Não há estrutura hierárquica dentro das equipas.

Outro projecto é a eliminação gradual dos contextos institucionais (lares de idosos ou instalações residenciais de longa duração), transferindo as pessoas das enfermarias para os lares – casas ou apartamentos que acomodam não mais de quatro pessoas – na comunidade local. Terapias, intervenções e outras formas de apoio são, em sua maioria, vermelhas em casa. Isso levou a um aumento significativo da vida comunitária, à integração nos principais serviços de saúde e a um aumento da qualidade de vida.

Benefícios dos serviços na comunidade para pessoas com condições de saúde mental e deficiências psicossociais

Os benefícios da prestação de cuidados primários a pessoas com condições de saúde mental ou deficiências psicossociais são evidentes e incluem a eliminação do risco de violações dos direitos humanos, em particular nos hospitais psiquiátricos. O processo de desinstitucionalização contribui simultaneamente para reforçar a dignidade do paciente. A estigmatização e a discriminação do doente são significativamente reduzidas porque as pessoas com deficiência psicossocial são tratadas da mesma forma que as outras (63) – por exemplo, em pé nas mesmas filas, recebendo consultas e vendo os mesmos profissionais de saúde. Isso é importante não apenas para os indivíduos, mas também em termos das percepções de suas famílias, comunidades e profissionais de saúde.

Os serviços de atenção primária à saúde para pessoas com deficiência psicossocial levam a uma melhora significativa nos resultados de saúde. Evidências, inclusive de países de baixa e média renda, mostram que os serviços de atenção primária são eficazes na melhoria do bem-estar de pessoas com condições de saúde mental, como depressão ou ansiedade, e que, com treinamento e supervisão, os trabalhadores de atenção primária podem fornecer cuidados e apoio de boa qualidade para pessoas com deficiências psicossociais (64).

Os serviços de cuidados primários para pessoas com deficiência psicossocial são a opção de cuidados mais rentável (65). As pessoas geralmente evitam custos indiretos associados à procura de cuidados específicos em locais distantes, como despesas de viagem, que são uma das principais razões para abandonar os programas de saúde (66). Os cuidados primários de saúde mental também são menos dispendiosos para os governos, uma vez que os profissionais de saúde, equipamentos e instalações custam muito menos do que os necessários nos níveis secundário e terciário. Além disso, os modelos de tratamento baseados na comunidade para condições de saúde mental envolvem menos custos do que o tratamento hospitalar (67), além de evitar violações de direitos por meio da privação de liberdade baseada na deficiência. Análises mostram que a ampliação de um pacote de serviços de atenção primária para condições de saúde mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão e uso de álcool durante um período de 10 anos, requer um investimento adicional total de US\$ 0,20 per capita por ano em países de baixa renda e US\$ 0,30 per capita por ano em países de renda média-baixa (68).

20. Garantir o acesso universal aos produtos de assistência

A oferta de tecnologia assistiva é uma questão intersetorial que necessita de um mecanismo intersetorial. O Ministério da Saúde poderia liderar esta tarefa, coordenando simultaneamente com outros departamentos relevantes, incluindo os domínios da Protecção Social, da Educação e do Trabalho, bem como assegurando a integração com sistemas nacionais mais vastos. O relatório global da OMS-UNICEF *sobre tecnologia de apoio* (69) estabelece uma estratégia e orientações claras para melhorar a disponibilidade de produtos de assistência como parte da UHC. Quatro componentes precisam ser fortalecidos: política, produtos, provisão e pessoal. A política inclui a vontade política, a legislação e os mecanismos de financiamento eficazes para produtos de assistência dentro dos princípios da UHC. Os produtos contribuem para a melhoria da gama, da qualidade, da acessibilidade, da aquisição e do fornecimento de produtos de assistência através de estratégias como a sua reparação, renovação e reutilização, bem como a produção a nível local e regional. A prestação implica aproximar o mais possível as comunidades de pessoas com deficiência e a integração noutros serviços, assegurando simultaneamente a equidade da prestação em termos de áreas geográficas e populações. O pessoal envolve o treinamento e a educação da força de trabalho para aumentar a identificação, o encaminhamento e o fornecimento efetivos dos produtos.

Treinamento em produtos assistivos prioritários em Papua Nova Guiné

A pandemia de COVID-19 enfatizou a importância de ter serviços de tecnologia assistiva perto de onde as pessoas vivem, bem como a necessidade de melhores estratégias para apoiar as pessoas que vivem em áreas remotas. Com 2,5mil pessoas que necessitam de tecnologia de apoio – um número que deverá aumentar nos próximos anos – há uma necessidade urgente de aumentar a integração da tecnologia assistiva a nível comunitário e de saúde primária.

Em Papua Nova Guiné, o acesso a produtos de assistência tem sido limitado, apesar dos esforços anteriores para aumentar o acesso. Por exemplo, estudos mostraram que Papua Nova Guiné tem a maior taxa de cegueira na região do Pacífico, enquanto dois terços da deficiência visual foram principalmente devido a cataratas não tratadas.

Em resposta, durante 2020 e 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalhou com parceiros no país em Papua Nova Guiné para implementar um projeto rápido e apoiado remotamente para fortalecer a capacidade local de serviços de tecnologia assistiva em nível comunitário, abordando assim as questões destacadas pela COVID-19 relacionadas ao acesso e à distância aos serviços.

Central para o suporte remoto foi a implantação do Training in Priority Assistive Products (TAP). Esta plataforma de aprendizagem em linha de acesso aberto, desenvolvida pela OMS, ajuda a desenvolveros problemas e a capacidade necessários nos cuidados primários e no pessoal a nível comunitário, para fornecer produtos de assistência simples. A formação apoia a transferência e a partilha de tarefas, reduzindo assim a pressão sobre os serviços de saúde de nível secundário e terciário e aumentando a igualdade de acesso aos serviços.

Uma coligação de parceiros trabalhou com a OMS para supervisionar a implementação da TAP. A formação foi ministrada a 11 funcionários de seis centros de cuidados de saúde primários e a 14 funcionários de três centros de cuidados terciários, todos localizados na capital ou nas proximidades, Port Moresby. O projeto também envolveu a aquisição de mais de 4000 produtos – óculos de leitura, auxiliares de locomoção, cadeiras de banheiro e chuveiro e produtos absorventes laváveis – que foram fornecidos nos centros de cuidados de saúde primários.

21. Investir mais fundos em pessoas de apoio, intérpretes e assistentes para atender às necessidades de saúde das pessoas com deficiência

As pessoas com deficiência necessitam muitas vezes de apoio sob a forma de pessoas de apoio, intérpretes ou assistentes. Por exemplo, pessoas com surdocegueira podem necessitar de guias de intérprete; pessoas com deficiência intelectual podem precisar de uma pessoa de apoio durante uma visita de cuidados de saúde; e as pessoas surdas e com deficiência auditiva podem usar intérpretes profissionais de língua de sinais para facilitar a comunicação com profissionais de saúde. É importante que o setor da saúde considere estes requisitos e planeie e orçar a sua prestação para garantir que as pessoas com deficiência recebam os cuidados de saúde de qualidade de que necessitam. Em muitos países, a concepção destes serviços pode exigir uma maior colaboração entre os sectores da saúde e do apoio social, de modo a que sejam acessíveis às pessoas com deficiência em todas as esferas da vida.

22. Considerar todo o espectro de serviços de saúde ao longo de um continuum de cuidados para pessoas com deficiência

Enquanto as necessidades de saúde de algumas pessoas com deficiência são semelhantes às da população em geral, outras têm necessidades maiores que exigem cuidados de saúde mais frequentes, abrangentes e coordenados, inclusive no nível primário. Os exemplos incluem pessoas com lesão medular ou cerebral, esquizofrenia, demência e crianças com condições congénitas (caixa 20). Pessoas com essas condições de saúde geralmente exigem acesso regular a serviços médicos especializados, bem como reabilitação que pode incluir o fornecimento de produtos auxiliares. Além disso, eles podem exigir a coordenação de seus cuidados entre os serviços de saúde e entre setores como saúde e serviços sociais, emprego, habitação ou educação. O apoio para o desenvolvimento de modelos de atenção para avançar isso variará de acordo com o contexto. Em contextos com poucos recursos, onde os serviços estão subdesenvolvidos, os esforços podem centrar-se na criação e expansão de serviços e na melhoria dos sistemas de referência, ao passo que nos países de elevado rendimento onde os serviços estão disponíveis, mas os utilizadores têm dificuldades em navegar em sistemas de serviços complexos, os esforços devem centrar-se no reforço dos mecanismos de coordenação.

Reabilitação para pessoas com lesão medular*

A lesão medular pode resultar em limitações em muitas atividades. A reabilitação é um serviço essencial que pode prevenir complicações associadas à lesão medular; pode ajudar a pessoa a viver uma vida gratificante e produtiva. A reabilitação deve começar na fase aguda; sua disponibilidade deve continuar, para promover o funcionamento; e deve ser fornecida em uma variedade de ambientes diferentes, desde o hospital até os ambientes domiciliares e comunitários. A reabilitação normalmente visa ajudar as pessoas a superar os limites, melhorando as funções no tronco e nos membros, modificando o ambiente imediato da pessoa ou fornecendo produtos de assistência e outras acomodações razoáveis para permitir que os indivíduos continuem os papéis familiares e de trabalho.

* Organização Mundial de Saúde e Sociedade Internacional da Medula Espinhal. Perspectivas internacionais sobre lesão medular. Organização Mundial da Saúde, 2013.

O sistema de cuidados de idade em Singapura

A intersecção entre as agendas da deficiência e do envelhecimento vai além do facto de muitas pessoas idosas terem deficiência. Tanto as pessoas com deficiência quanto as pessoas idosas podem enfrentar as mesmas barreiras ao acesso aos cuidados, suportar as mesmas iniquidades de saúde e enfrentar problemas semelhantes, como discriminação, isolamento e abuso. Abordar uma agenda pode apoiar a outra – assim, as políticas para o envelhecimento saudável podem beneficiar as pessoas com deficiência.

Tendoreconhecido o envelhecimento como uma questão crescente, Singapura é um dos vários países que reforçam as suas políticas para combater o envelhecimento saudável. O sistema de cuidados para as pessoas idosas em Singapura começa com o indivíduo e a família, e enfatiza o cuidado que é baseado em casa e na comunidade. O objetivo é oferecer cuidados de qualidade eficientes em termos de custos e reduzir a utilização desnecessária de cuidados institucionais.

Embora reconheça que a manutenção da saúde é um processo multifacetado, o Ministério da Saúde coordena a colaboração interministerial multissetorial, mas tem governança de todos os sistemas de cuidados de longa duração, incluindo políticas, financiamento e marcos regulatórios.

No Plano de Ação global para um Envelhecimento Bem Sucedido* existem 70 iniciativas, incluindo as que abordam o bem-estar, a suficiência dos rendimentos, a habitação, os transportes e a inclusão social. Atualmente em tramitação estão o projeto amigável para idosos de edifícios públicos, legislação para proteger as pessoas idosas e pesquisa em envelhecimento, com o objetivo de tornar Singapura uma cidade amigável ao idoso.

Cerca de 3000 voluntários envolvem idosos em casa ou na comunidade; aqueles que se encontram frágeis, isolados ou com deficiência são encaminhados para avaliação, serviços de socialização ou gestão de cuidados. Três regimes de seguro oferecem cobertura de invalidez. O "Elder Fund" fornece apoio financeiro para singapurianos de baixa renda e severamente deficientes com mais de 30 anos. Os sistemas regionais de saúde prestam cuidados centrados na pessoa através de uma equipa multidisciplinar e existem lacunas entre os cuidados públicos, privados, comunitários e domiciliários, facilitando a procura de prestadores de serviços.

* <https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider3/action-plan/action-plan.pdf>

23. Fortalecer os modelos de atenção às crianças com deficiência



© OMS / Blink Media - Gareth Bentley

Um componente importante da adoção de uma abordagem de curso de vida inclui o investimento em modelos de cuidados que se concentram no desenvolvimento da primeira infância para pessoas com deficiência. Esses modelos devem ser centrados na família e realizar o acompanhamento e o rastreamento do desenvolvimento; rastreamento de crianças em risco; Diagnóstico; a prestação de cuidados especializados e coordenados; trabalhar com serviços para a primeira infância e no setor de educação, bem como serviços baseados em casa e alcance à escola. Tal abordagem exigiria a integração da deficiência na saúde do recém-nascido, materno, infantil e adolescente, bem como a colaboração intersetorial com setores relevantes, como a educação.

O quadro da OMS, da UNICEF e do Banco Mundial, *Nurturing care for early childhood development (70)*, propõe um modelo universal progressivo, que exige a abordagem das desigualdades desde o início para garantir que nenhuma criança seja deixada para trás. Dentro disso, a estrutura reconhece níveis incrementais de necessidades e apoio para famílias e crianças que têm deficiências de desenvolvimento ou estão expostas a privações. As visitas domiciliares a grupos de pais facilitados por um prestador qualificado são exemplos de abordagens que oferecem apoio adicional a famílias e crianças. Os agentes comunitários de saúde podem desempenhar um papel importante se estiverem bem integrados no sistema de saúde; no entanto, para que as sessões de localização e parentalidade em casa causem impacto, trabalhadores qualificados e adequados

intensidade são altamente desejadas. Os países precisam construir progressivamente conhecimentos especializados para identificar e abordar uma série de deficiências de desenvolvimento, por meio de serviços interdisciplinares que atendam às necessidades mentais, físicas e sociais das crianças e suas famílias. Planejar e investir na construção dos serviços de saúde são essenciais, assim como estabelecer as bases de uma abordagem universal por meio de políticas e serviços para nutrir os cuidados.

24. Promover a desinstitucionalização

A desinstitucionalização refere-se à mudança de instituições de saúde e assistência social de longo prazo para serviços de saúde centrados na pessoa e baseados em direitos e apoio na comunidade. Tal medida permite que os países respeitem os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, impeçam seu isolamento ou segregação da comunidade e garantam melhores condições de vida e inclusão. A desinstitucionalização pode ser um processo complexo técnica e organizacionalmente, e geralmente é realizada gradualmente. Trata-se de um processo de: i) aumentar simultaneamente o número de altas, reduzindo as novas admissões a instituições psiquiátricas ou de assistência social, e melhorar a qualidade dos cuidados e os direitos das pessoas em todos os cuidados hospitalares ou residenciais de curta duração; e ii) reduzir as admissões através da construção de uma rede de serviços de saúde e de cuidados sociais coordenados e ligados a nível comunitário, e ampliar o cuidado na comunidade (71). A Orientação da OMS *sobre serviços comunitários de saúde mental: promovendo abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*, fornece exemplos de cuidados de saúde mental baseados na comunidade que respeitam os direitos humanos e se concentram na recuperação (72).



Exemplo de como o progresso nos modelos de cuidados pode ser monitorado

Exemplos de indicadores para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência neste ponto de entrada estratégico incluem a presença de um plano para tornar os serviços de atenção primária inclusivos para pessoas com deficiência, juntamente com a inclusão de serviços de identificação precoce e reabilitação para crianças em pacotes de serviços e fornecimento universal de produtos de assistência.

Exemplo de indicador**Perguntas que fornecem informações sobre o situação da inclusão da deficiência nas ações dos países**

Plano para o primário inclusivo serviços de com

Existe um plano ou política estabelecida a ser feita cuidados serviços de cuidados primários incluindo para pessoas

Deficiência?

O acesso aos serviços de saúde melhorou para as pessoas com deficiência em comparação com a população em geral?

Serviços de identificação precoce e reabilitação

São serviços de identificação precoce e reabilitação para crianças com deficiência incluídas no serviço

Pacotes?

Fornecimento universal de produtos auxiliares

produtos auxiliares integrado em pacotes de cuidados UHC?

Qual é o percentual da população com acesso à tecnologia assistiva?

A disponibilidade de tecnologia assistiva melhorou para as pessoas com deficiência?

Manutenção de serviços essenciais de saúde para pessoas com deficiência durante emergências de saúde

O plano nacional de continuidade dos serviços essenciais de saúde durante emergências de saúde também considera as necessidades das pessoas com deficiência?

5 Mão-de-obra da saúde e dos cuidados



O que isso significa?

A força de trabalho da saúde e dos cuidados:

- pode ser definida como "todas as pessoas envolvidas em ações cuja intenção primária é melhorar a saúde" (33).
- inclui todas as profissões que se dedicam ao continuum da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, incluindo a força de trabalho da saúde pública.
- inclui o corpo clínico, como médicos, enfermeiros, parteiras, trabalhadores de reabilitação, farmacêuticos, cuidadores e dentistas; também estão incluídos o pessoal de gestão e apoio, ou pessoas que não prestam serviços diretamente, mas são essenciais para o desempenho dos sistemas de saúde, tais como gerentes, TI e funcionários administrativos, motoristas de ambulância e contadores.

O fortalecimento da força de trabalho de saúde e cuidados é fundamental para alcançar o ODS3 e as prioridades globais de saúde. Em termos de inclusão da deficiência, a integração da formação sobre a deficiência nos currículos dos profissionais de saúde tem sido um tema da literatura e solicitado pela sociedade civil. Embora existam muitos exemplos de formação em deficiência para profissionais de saúde, há evidências limitadas de uma integração sistêmica da formação em matéria de deficiência a nível nacional nos currículos dos profissionais de saúde, o que não se alterou na última década (73, 74). Há apelos para "educação, treinamento e prática médica conscientes da deficiência transformadora" que, em vez de se concentrar em "curar o anormal", apresentaria a deficiência como um dos muitos fatores de diversidade em torno dos quais uma série de barreiras estruturais e desvantagens sistêmicas influenciam os resultados de saúde (75). A formação deve sensibilizar a mão-de-obra da saúde e dos cuidados para as necessidades e os direitos das pessoas com deficiências. É importante que os profissionais de saúde compreendam não apenas a condição de saúde associada à deficiência, mas também a experiência social de conviver com a deficiência. Um princípio básico da formação é que a pessoa com deficiência tem o mesmo respeito pela sua autonomia e dignidade que qualquer pessoa (76). Tem sido sugerido ainda que as competências em deficiência (75, 77-79) e o "treinamento de viés inconsciente" (12, 14, 80-82) são componentes importantes a serem estabelecidos entre a força de saúde e cuidados para abordar os conhecimentos, atitudes e práticas que agregam

à discriminação contra as pessoas com deficiência e às iniquidades em saúde que enfrentam.

Outros tópicos que têm sido propostos para a formação sobre a inclusão da deficiência são a forma de reconhecer as necessidades de cuidados de saúde das pessoas com deficiência – tanto as que são específicas das condições de saúde (por exemplo, úlceras de pressão entre os indivíduos com deficiências de mobilidade ou a prevenção da diabetes entre as pessoas com problemas de saúde mental (83)) como as que surgem quando acedem aos serviços de saúde convencionais, como as necessidades de maternidade das mulheres com deficiência (84–87). A linguagem inclusiva (caixa 21) e a comunicação são essenciais para essa formação. Durante emergências de saúde, como a epidemia de Zika ou a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde e de cuidados têm sido confrontados com novas condições e síndromes, que ainda não são totalmente compreendidas (88, 89); têm de apoiar as pessoas a compreender e a adaptar-se às regras de saúde pública em constante mudança, bem como a novas informações e formas de trabalho (90). O Quadro de Equidade em Saúde para Pessoas com Deficiência, publicado pelo Conselho Nacional de Deficiência dos EUA, por exemplo, recomenda a inclusão de uma comunicação eficaz como uma competência fundamental para o cuidado clínico da deficiência, juntamente com outros, como o profissionalismo, os cuidados centrados no doente ou a prática baseada em equipas e sistemas (91).

Linguagem apropriada e pejorativa sobre deficiência*

Ao se referir a pessoas com deficiência, existem certos termos que devem ser evitados e substituídos por outros que são recomendados. Por exemplo, não devem ser utilizados termos como "atípico", "deficiente", "com capacidades diferentes", "que sofre de" ou "perturbado com" deficiências; nem, quando se refere a pessoas com uma deficiência intelectual ou deficiência, devem ser termos como "retardado", "lento", "com danos cerebrais", "intelectualmente desafiado", "subnormal" ou "deficiente mental". O mesmo se aplica às pessoas com deficiência psicossocial, em que palavras como "insano", "louco", "psyc ho", "lunático", "demente", "mentalmente perturbado" ou "mentalmente agitado" indicam linguagem inadequada. Para pessoas com deficiências físicas, palavras como "aleijado", "inválido", "deformado" ou "acamado" devem ser evitadas, da mesma forma com adjetivos como "mongoloide" para pessoas com síndrome de Down.

É importante sinalizar que estes termos podem diferir de país para país, e que a tradução de idiomas pode levar a termos inadequados usado inadvertidamente.

Fonte: Diretrizes de comunicação inclusivas para pessoas com deficiência (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_disability-inclusive_communication_guidelines.pdf) das Nações Unidas (2021).



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

25. Desenvolver competências para a inclusão da deficiência na educação de todos os profissionais de saúde e de cuidados

A formação sobre a inclusão da deficiência pode ser incorporada na formação currículo de todos os profissionais de saúde e de cuidados, de médicos a enfermeiros, parteiras e agentes comunitários de saúde (92). Esta estratégia pode ser reforçada através da atribuição de programas médicos, de enfermagem e de obstetria à conclusão de componentes curriculares específicos para pessoas com deficiência (93). Essa educação irá equipar melhor os profissionais de saúde para fornecer

e serviços de saúde inclusivos. É essencial que os prestadores de cuidados de saúde tenham os conhecimentos, as competências e os comportamentos adequados em matéria de deficiência e os direitos das pessoas com deficiência, para poderem comunicar diretamente com elas e compreender as suas diversas necessidades. Também ajudará os profissionais de saúde e de cuidados a compreender a ampla gama de fatores que contribuem para as pessoas com deficiência e suas famílias no acesso aos serviços de saúde e após a advice (94, 95). A responsabilidade pelos currículos dos cursos de saúde e de formação médica situa-se frequentemente fora do setor da saúde – mais especificamente dos organismos académicos e profissionais; por conseguinte, o estabelecimento de uma formação em matéria de inclusão da deficiência no currículo exigiria uma boa coordenação entre os sectores da saúde e da educação e os mecanismos de acreditação profissional (96).

Implementação de treinamento em inclusão de pessoas com deficiência para profissionais de saúde e cuidados na Mongólia

O treinamento em inclusão de profissionais de saúde com deficiência é um passo essencial para abordar barreiras e preconceitos que afetam os cuidados. Na Mongólia, foi lançado um novo programa de transporte para um conjunto de ferramentas de serviços de saúde inclusivos para pessoas com deficiência. O conjunto de ferramentas visa não só aumentar os conhecimentos e as competências dos profissionais de saúde sobre a inclusão de pessoas com deficiência, mas também apoiar a tornar os serviços de saúde acessíveis a todos.

Em maio e setembro de 2022, foram organizadas duas formações de formadores. Mais de 300 profissionais de saúde participaram de 14 das 21 províncias do país, incluindo três hospitais de referência, e seis centros de saúde distritais de Ulaanbaatar, cidade capital onde vive metade da população. O treinamento abrangente, que foi organizado em sete módulos, abrangeu uma série de questões, incluindo acessibilidade, atitudes do pessoal de saúde e barreiras de comunicação.

O treinamento envolveu duas etapas. Na primeira etapa, os participantes foram treinados por três dias como treinadores em Ulaanbaatar. Na segunda fase, os participantes formados regressaram às suas províncias ou distritos, onde foram organizados formandos para os seus colegas, com a ajuda de um facilitador online.

O treinamento foi projetado usando, como base, as orientações existentes da OMS sobre serviços de saúde inclusivos para pessoas com deficiência e por meio de uma série de consultas com pessoal da OMS de todos os níveis, bem como pesquisadores de dois órgãos de saúde ligados à Universidade de Melbourne. As pessoas com deficiência, as organizações de pessoas com deficiência e as organizações da sociedade civil também desempenharam um papel no desenvolvimento do conjunto de ferramentas, nomeadamente na tradução, na formação, na partilha de experiências e no acompanhamento da implementação do módulo a nível local. O treinamento está sendo coordenado por uma organização não-governamental internacional (AIFO) que teve uma experiência considerável com deficiência na Mongólia.

Treinamento em língua de sinais no Quênia

Para pessoas com perda auditiva, uma visita a um centro de saúde pode ser repleta de desafios de comunicação, desde ouvir seu nome sendo chamado, até ouvir o diagnóstico de um médico. No Quênia, as notícias confirmam que isso levou algumas pessoas surdas a se automedicarem ou evitarem visitas médicas. Nem todos os surdos são alfabetizados e, portanto, não podem se comunicar por escrito; alguns amigos parainterpretar para eles, mas isso levanta questões de confidencialidade.

Agora, no entanto, algumas dessas barreiras de comunicação foram superadas por um programa para treinar profissionais de saúde no uso da linguagem de sinais. Uma iniciativa que começou há vários anos em maternidades desde então se espalhou para outros pontos de serviço em todo o país, e o treinamento básico em língua de sinais queniana é fornecido a enfermeiros e oficiais clínicos em hospitais selecionados por universidades e organizações sem fins lucrativos para pessoas surdas.

Hoje, a linguagem básica de sinais é uma competência necessária para todos os profissionais de saúde no Quênia, com um módulo de treinamento incorporado ao treinamento em saúde em faculdades e universidades. Até à data, dezenas de milhares de profissionais de saúde ou estudantes foram formados em língua gestual com associações profissionais de saúde que incentivam os que já exercem a profissão a serem formados. Outros setores também estão adotando treinamento, assim como os funcionários públicos que podem aprender com o patrocínio de uma organização com deficiência. Ativistas de deficiência disseram que, no passado, as pessoas surdas tiveram serviços negados em muitos cargos públicos devido a barreiras de comunicação.

Em janeiro de 2020, o Senado queniano aprovou um novo projeto de lei para tornar obrigatório que todas as instituições governamentais – incluindo empresas de propriedade de tatos, o judiciário e as escolas – prevejam o uso da linguagem de sinais. Uma vez que o projeto de lei seja aprovado pela Assembleia Nacional, a língua de sinais se tornará a terceira língua oficial no Quênia, depois do kiswahili e do inglês.

26. Fornecer treinamento em inclusão de deficiência a todos os prestadores de serviços de saúde

A formação em matéria de inclusão da deficiência pode ser integrada nas atividades de formação dos profissionais de saúde e de prestação de cuidados que já exerçam a sua atividade ou ser conduzida como uma atividade separada (97). Sempre que possível, as pessoas com deficiência ou as suas organizações representativas devem participar directamente na realização da formação, ou mesmo entregá-la elas próprias (98). Evidências demonstram que os profissionais de saúde estão mais bem equipados para se comunicar e trabalhar com pessoas com deficiência se aprenderem diretamente com elas (99).

27. Garantir a disponibilidade de uma força de trabalho qualificada de saúde e cuidados

Além da educação dos profissionais de saúde futuros e atuais, também é fundamental garantir que haja profissionais de saúde e cuidados suficientes que possam fornecer os serviços necessários para as pessoas com deficiência. Isso pode ser facilitado pelo aumento do número de profissionais de saúde adequadamente qualificados, incluindo a força de trabalho de reabilitação, cujos números são insuficientes em muitos ambientes de baixa renda (100). Uma estratégia que alguns países podem utilizar ao investir no aumento da disponibilidade de mão-de-obra de esquí é a partilha de tarefas. Há bons exemplos da importância do compartilhamento de tarefas como uma estratégia valiosa, onde certas tarefas tradicionalmente realizadas por especialistas podem ser realizadas por não especialistas, como agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde, enfermeiros e técnicos, ampliando assim o acesso a cuidados essenciais necessários para as pessoas com deficiência. O compartilhamento de tarefas é uma estratégia bem-sucedida utilizada na área de cuidados auditivos e auditivos (101).

28. Incluir pessoas com deficiência na força de trabalho de saúde e cuidados

A inclusão das pessoas com deficiência na mão-de-obra da saúde e dos cuidados facilita o reforço e o desenvolvimento da mão-de-obra em geral no setor da saúde. A igualdade de oportunidades de emprego garante uma mão-de-obra com experiências diversas que não só enriquece o sector da saúde como, em última análise, beneficia todos (43). A inclusão pode ser facilitada por meio de ações como a oferta de oportunidades para estudantes com deficiência em instituições acadêmicas, o avanço na carreira de profissionais de saúde com deficiências, a implementação de um design universal em instalações de saúde e a garantia de que todas as políticas institucionais apoiem a inclusão de pessoas com deficiência (44).

29. Treinar todo o pessoal não médico que trabalha no setor da saúde em questões relacionadas com a acessibilidade e a comunicação respeitosa

Para além dos profissionais de saúde e de prestação de cuidados, todo o pessoal que trabalha no sector dos cuidados de saúde, incluindo o pessoal administrativo, de recepção, de limpeza e manutenção, o pessoal informático e a gestão, deve ser bem formado e informado, especialmente sobre questões relacionadas com a acessibilidade, a utilização adequada da linguagem e as atitudes de comunicação com as pessoas com deficiência, incluindo as que têm deficiências psicossociais.

30. Garantir o consentimento livre e esclarecido para pessoas com deficiência

A garantia do consentimento livre e esclarecido permite que as pessoas com deficiência, incluindo as pessoas com deficiências psicossociais, intelectuais e cognitivas, exerçam os mesmos direitos que uma pessoa na tomada de suas próprias decisões. Para facilitar isso, os profissionais de saúde e cuidados podem tomar várias ações, como fornecer informações e opções de saúde de maneira clara e compreensível, particularmente formulários de consentimento que estão em formato escrito; ou garantir que as informações e formulários sejam acessíveis a pessoas cegas e àqueles que precisam de interpretação ou apoio com comunicação; ou garantir que os mecanismos estejam em vigor para garantir que o direito à tomada de decisão apoiada seja respeitado. É tão importante tornar claro o direito das pessoas com deficiência a recusarem o tratamento e que quaisquer decisões tomadas sejam voluntárias e sem coerção por parte de terceiros, como membros da família, pessoas de apoio ou mesmo prestadores de serviços (102). Isso se aplica a todas as áreas da saúde, incluindo o consentimento informado para mulheres e meninas com deficiência no contexto de sua própria saúde sexual reprodutiva e direitos e escolhas sobre seus próprios corpos.



Exemplos de como o progresso na força de trabalho de saúde e cuidados pode ser monitorado

Um indicador de exemplo para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência neste ponto de entrada estratégico inclui um módulo obrigatório nos currículos da força de trabalho.

Exemplo de indicador

Perguntas que fornecem informações sobre o situação da inclusão da deficiência nas ações dos países

O módulo de inclusão de pessoas com deficiência nos currículos da força de trabalho inclui um módulo obrigatório sobre inclusão de pessoas com deficiência?

6

Infraestrutura física



O que isso significa?

Infraestrutura física:

- é um fator crítico para muitos aspectos do ambiente e determinantes sociais da saúde, como a habitação.
- tem um impacto fundamental no acesso e na prestação de serviços de saúde e na capacidade dos prestadores de cuidados de saúde para conduzirem o seu trabalho no contexto da prestação de serviços de saúde.
- envolve elementos-chave, como disponibilidade física e qualidade física das instalações, e inclui o projeto da instalação, amenidades, segurança, acessibilidade, saneamento e eliminação de resíduos, conectividade de telecomunicações ou fornecimento de energia.

O desenho universal é comumente considerado fundamental para a inclusão de pessoas com deficiência em termos de tornar a infraestrutura física acessível para pessoas com deficiência. Os dados mostram que a incorporação do desenho universal no planeamento e desenvolvimento iniciais das infraestruturas pode ser mais rentável do que as instalações de adaptação (103). Também é menos dispendioso do que geralmente considerado, com estudos que fornecem uma série de estimativas. Por exemplo, se o projeto universal for planejado desde o início, um aumento de apenas 0,5-1% dos custos totais de construção poderia ser esperado (103, 104). Tendo em conta os pressupostos de longa data em torno dos custos adicionais, deve salientar-se que os custos envolvidos na disponibilização das instalações são mínimos. Além disso, o custo de não incorporar um desenho universal é importante, uma vez que os ambientes inacessíveis limitam as oportunidades de educação, saúde, sociais, económicas e outras. Há também bons exemplos da oferta de adaptações razoáveis para pessoas com deficiência em instalações (105).



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

31. Incorporar uma abordagem universal baseada no design para o desenvolvimento ou renovação de instalações e serviços de saúde

A incorporação do design universal no desenvolvimento ou reforma de instalações e serviços de saúde pode beneficiar o maior número possível de pessoas. Por exemplo, a instalação de uma rampa na entrada de uma instalação que tenha degraus ou um limiar elevado facilita a entrada de pessoas com deficiência que usam cadeiras de rodas, pessoas que têm dificuldade em gerenciar escadas, mulheres que estão grávidas, pessoas com deficiência visual, usuários de saúde ou trabalhadores de instalações de saúde que movem pessoas ou mercadorias em carrinhos de bebê ou carrinhos. A acessibilidade dos sistemas de transporte que apoiam as pessoas com deficiência a chegar às unidades de saúde também é uma consideração importante (caixa 22). O desenho universal também pode beneficiar outras populações, como idosos, pessoas com deficiências sensoriais, pessoas com lesões ou doenças temporárias, pessoas com alfabetização limitada em saúde e outros grupos em situações marginalizadas. Além do design universal, a implementação de padrões mínimos para a acessibilidade de instalações e serviços abertos ao público é outra estratégia que os países podem adotar (106); treinar profissionais para entender e aplicar tais padrões e aumentara importância entre desenvolvedores e financiadores para respeitar os regulamentos de acessibilidade é uma consideração mais importante.

Além das mudanças de infraestrutura em instalações e serviços de saúde, a infraestrutura precária fora do setor de saúde (por exemplo, água potável, eletricidade, condições das estradas, cobertura da Internet), especialmente em ambientes rurais, também deve ser abordada, pois isso reduz o acesso a cuidados de saúde e outras áreas da vida, como educação, emprego, proteção social ou participação social.

Os princípios do desenho universal*

Princípio 1: Uso equitativo – o design é útil e comercializável para pessoas com diversas habilidades.

Princípio 2: Flexibilidade no uso – o design acomoda uma ampla gama de preferências e habilidades individuais.

Princípio 3: Uso simples e intuitivo – o design é fácil de entender, independentemente da experiência, conhecimento, habilidades linguísticas ou nível de concentração do usuário.

Princípio 4: Informação perceptível – o design comunica as informações necessárias de forma eficaz ao usuário, independentemente das condições ambientais ou das habilidades sensoriais do usuário.

Princípio 5: Tolerância ao erro – o projeto minimiza os perigos e as consequências adversas de ações acidentais ou não intencionais.

Princípio 6: Baixo esforço físico – o design pode ser usado de forma eficiente e confortável e com o mínimo de fadiga.

Princípio 7: Tamanho e espaço para abordagem e uso – o tamanho e o espaço apropriados são fornecidos para aproximação, alcance, manipulação e uso, independentemente do tamanho do corpo, postura ou mobilidade do usuário.

*Fonte: <https://universaldesign.ie/what-is-universal-design/the-7-principles/>.

Desenho universal na Noruega

O desenho universal foi introduzido pela primeira vez em 1997-1998 como um conceito de planeamento na Noruega, quando o Ministério do Clima e Meio Ambiente lançou um programa de desenvolvimento no processo de planeamento municipal, para facilitar a acessibilidade para pessoas com deficiência.

Desde 2004, a Noruega lançou quatro planos de acção sobre o desenho universal; o mais recente "Sustentabilidade e igualdade de oportunidades – uma Noruega universalmente projetada" para o período 2021-2025, foi desenvolvido em cooperação com oito ministérios. O plano de acção estabelece que o Governo exigirá um projecto universal no desenvolvimento das áreas da habitação, das infraestruturas e das empresas e assegurará o cumprimento dos regulamentos relativos ao desenho universal de soluções para as tecnologias da informação e das comunicações no sector público.

O Ministério da Cultura e da Igualdade é responsável pela Lei da Igualdade e da Discriminação, que estipula a concepção e a acessibilidade do universidade. Os fundos destinados ao financiamento de medidas de concepção universal seguem o princípio da responsabilidade sectorial e estão principalmente dentro dos orçamentos dos vários ministérios (107).

Lançando as bases para a acessibilidade na Índia

Uma década atrás, na Índia, era considerado um luxo para um edifício ter recursos de acessibilidade para pessoas com deficiência. Hoje, essa forma de pensar mudou e a acessibilidade nos edifícios é cada vez mais vista como um direito humano.

Em 2015, a Índia embarcou em uma campanha nacional para oferecer acesso universal a pessoas com deficiência, reconhecendo que a acessibilidade é essencial para uma sociedade inclusiva. A Campanha Índia Acessível (*Sugamya Bharat Abhiyan*) concentra-se em melhorar a acessibilidade em três áreas-chave: o ambiente físico; o regime de trânsito; e o ecossistema de informação e comunicação. A campanha se inspirou na Convenção das Nações Unidas para os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), que pede aos governos que abordem questões de acessibilidade.

Desde então, a mudança tem sido incremental, mas constante e significativa. Meanwhile, o governo também aprovou a Lei dos Direitos das Pessoas com Deficiência de 2016, consagrando a acessibilidade em lei.

Hoje, os códigos de construção do Departamento Central de Obras Públicas (PCD), a autoridade responsável pelas obras do setor público e os códigos estaduais de PCD, require novos edifícios para serem acessíveis. As Diretrizes *Harmonizadas do* Governo são um manual para o projeto de um ambiente sem barreiras. Os governos de muitos estados indianos estão adaptando essas diretrizes para suas próprias PCDs estaduais. Os recursos de acessibilidade em ambientes urbanos também são considerados nas diretrizes para "cidades inteligentes". Nos hospitais do governo, o efeito dessas mudanças é visível, por exemplo, na instalação de rampas e trilhos.

Há também um esforço para garantir que os veículos de transporte público sejam tornados acessíveis. Novas diretrizes de aquisição para veículos estatais exigem que os ônibus adquiridos após 2018 sejam ônibus de piso baixo e / ou com outros recursos de acessibilidade.

Na área das tecnologias da informação e da comunicação, registaram-se rápidas mudanças. No primeiro ano da campanha, 25% dos 1800 sites do governo foram disponibilizados. Os intérpretes de língua gestual são agora comumente vistos nos noticiários televisivos dos canais nacionais.

Muito ainda precisa ser feito, mas algumas das bases para uma Índia mais acessível foram lançadas.

32. Proporcionar adaptações razoáveis adequadas às pessoas com deficiência

A CDPD define a adaptação razoável como "modificações e ajustes necessários e apropriados que não imponham um ônus desproporcional ou indevido, quando necessário em um caso particular, para garantir às pessoas com deficiência o gozo ou o exercício em igualdade de condições com os outros de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais". Nem todas as pessoas com deficiência necessitam de adaptações razoáveis; no entanto, para aqueles que o fazem, assegurar modificações razoáveis quando o desenho universal não foi aplicado é essencial para o acesso equitativo aos serviços e bens de saúde. Uma adaptação razoável pode não se aplicar necessariamente apenas à infraestrutura física. Os prestadores de cuidados de saúde podem fazer modificações razoáveis nas políticas, práticas ou procedimentos existentes quando estes forem necessários.



Exemplos de como o progresso na infraestrutura física pode ser monitorado

Um exemplo de indicador para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência neste ponto de entrada estratégico é a acessibilidade física das unidades de saúde no país.

Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o status da inclusão de pessoas com deficiência nas ações dos países
As instalações de saúde são fisicamente acessíveis	acessíveis à infraestrutura física das instalações de saúde a todas as populações, incluindo pessoas com deficiência?

7

Tecnologias digitais para a saúde



O que significam as tecnologias digitais para a saúde?

Tecnologias digitais para a saúde:

- abranger uma vasta gama de elementos, tais como as tecnologias da informação e da comunicação; ou desenvolvimentos mais recentes em computação avançada, como big data, inteligência artificial e genômica.
- provocar mudanças fundamentais na forma como os indivíduos e as comunidades gerem a sua própria saúde e acedem à informação e aos serviços de saúde.
- Contribuir para a capacitação das pessoas e das comunidades, bem como melhorar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde integrados e da prestação de cuidados, em especial através da rápida expansão de intervenções como a saúde móvel, a saúde em linha ou a telessaúde.

Para as pessoas com deficiência, as tecnologias digitais proporcionaram oportunidades há muito esperadas de "receber confortavelmente cuidados de saúde baseados em evidências em suas próprias casas" (81). However, muitas vezes a "exclusão digital" enfrentada por diferentes grupos, incluindo pessoas com deficiência (38, 108, 109), mulheres e meninas (110, 111) e aqueles que vivem em ambientes de deslocamento e recursos limitados (112) continua a ser uma barreira ao abordar o acesso equitativo aos avanços na saúde digital. O envolvimento e a inclusão de pessoas de apoio e intérpretes na prestação de cuidados de saúde, incluindo a telessaúde, têm sido fortemente recomendados, em especial para as pessoas com deficiência intelectual, que podem necessitar do apoio de prestadores de cuidados, familiares e pessoas de apoio nas suas interações com os prestadores de cuidados de saúde (113).

Há apelos para tornar as tecnologias digitais de saúde acessíveis. Um dos pré-requisitos essenciais propostos é que os diferentes grupos de pessoas com deficiência estejam directamente envolvidos no processo de desenvolvimento e investigação no domínio da tecnologia adaptativa, de modo a que esta se torne mais eficaz e acessível a todos (114). Nas estratégias de formação digital da Suécia (115) e da Austrália (116), por exemplo, recomenda-se que, ao elaborar políticas, os grupos vulneráveis sejam incluídos e integrados no processo de concepção. Do mesmo modo, no Canadá, onde as agências de financiamento, ao fornecerem fundos para um projecto de saúde digital, exigem que as pessoas com deficiência sejam incluídas em todas as fases do processo (117).

Recentemente, a Comissão de Banda Larga para o Desenvolvimento Sustentável publicou *O futuro da saúde e dos cuidados virtuais: impulsionar o acesso e a equidade através de políticas inclusivas* (118). O relatório defende que a saúde e os cuidados virtuais sejam parte integrante das prioridades de saúde e destaca a importância de integrar os recursos inclusivos para a deficiência no mainstream digital.

Há muitos exemplos de tecnologias de saúde emergentes que estão sendo tornadas acessíveis. A utilização de aplicações informáticas baseadas em dispositivos móveis para avaliação da visão, ou tecnologias de inteligência artificial, melhora o acesso a cuidados de saúde de qualidade às comunidades mais negligenciadas (119). Além disso, os avanços tecnológicos também permitem a utilização de prontuários eletrônicos que podem ser acessados em qualquer ponto da rede de saúde, facilitando a reorganização dos serviços de saúde em torno das necessidades do paciente (37). Os registros eletrônicos de saúde permitem a compilação, o compartilhamento e o monitoramento da saúde e das informações relacionadas de cada serviço individual, incluindo todos os contatos que o usuário tem com o sistema de saúde ao longo de sua vida. O uso de registros eletrônicos de saúde ajuda os prestadores de serviços de saúde a tomar melhores decisões e os gerentes a auditar a qualidade e o custo do serviço, bem como a monitorar o desempenho do sistema.





Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

33. Adotar uma abordagem sistêmica para a prestação digital de serviços de saúde, tendo a equidade em saúde como princípio fundamental

A adoção de uma abordagem sistêmica para a prestação digital de serviços de saúde implica tornar a concepção de soluções de saúde digital, incluindo a telessaúde, a deficiência, inclusiva e um princípio nas políticas nacionais (120); tal permite uma estratégia mais proativa para a utilização equitativa das inovações digitais, em vez de um processo reativo de melhoria das competências das pessoas com deficiência após o desenvolvimento das ferramentas de saúde digital. A nível dos sistemas, as principais alterações necessárias são, em primeiro lugar, para que os países alterem ou criem estratégias nacionais de saúde digital adequadas ao contexto local (por exemplo, que tenham em conta a infraestrutura digital disponível); e, em segundo lugar, para estratégias que reflectam as necessidades da população, incluindo as necessidades individuais das pessoas com deficiência. Tal poderá implicar a legislação, os regulamentos ou as políticas existentes que foram redigidos para a prestação de serviços de saúde presenciais (121) serem adaptados à prestação de cuidados de saúde digital de uma forma inclusiva. É necessária uma abordagem multisectorial mais ampla que envolva outros ministérios relevantes e o sector privado para fazer avançar esta agenda.



Utilizar as tecnologias digitais como respeito pelos direitos das pessoas com deficiência na Irlanda

A Irlanda está reunindo parceiros públicos e privados para acelerar o desenvolvimento de soluções digitais de saúde para uma maior eficiência e capacitar os pacientes em seus cuidados, incluindo pessoas com deficiência. Um ecossistema de 50 "Digital Living Labs" em todo o hospital e comunidade serviços de saúde estão fornecendo leitos de teste para novas tecnologias digitais através de projetos de alto impacto, alguns dos quais beneficiarão diretamente as pessoas com deficiência.

Alguns dos projetos usam a tecnologia para levar os serviços hospitalares para as casas. "Stay Left" reconhece que, para pessoas com condições crônicas ou que precisam de reabilitação, os serviços são melhor prestados em casa. Tecnologias inovadoras permitem o monitoramento remoto de insuficiência cardíaca e problemas respiratórios, e uma máquina móvel de raios-X trazida para a casa de um paciente após uma queda está reduzindo as transferências para o hospital em 99%.

Também trazendo cuidados de saúde para o lar é a iniciativa Cooperative Real Engagement for Assistive Technology Enhancement (CREATE), onde usuários e provedores de serviços trabalham juntos para identificar o que fará uma diferença real para os usuários de tecnologia digital e assistiva (DAT). Atender às necessidades não atendidas de produtos e serviços entre os usuários do DAT é um foco particular. A iniciativa visa criar uma abordagem sistêmica mais forte dentro do setor de deficiência; estimular as organizações a trabalhar de forma colaborativa e com os usuários do serviço; e co-projetar melhorias sistêmicas para a futura prestação de serviços DAT.

Outros projetos bem-sucedidos incluem o desenvolvimento do primeiro Serviço de Cadeira de Rodas Sit-to-Stand da Irlanda; um novo passaporte de tecnologia assistiva; experiência aprimorada no uso de serviços de descanso; uma biblioteca de empréstimos; e um programa de orientação de usuários especializados do DAT.

34. Adotar normas internacionais para a acessibilidade das tecnologias digitais de saúde

As aplicações e o software digitais podem ser universalmente concebidos e acessíveis a todos através da adoção de normas internacionais, como as Diretrizes de Acessibilidade dos Conteúdos Web (WCAG) (122) ou a *norma global OMS-UIT sobre acessibilidade dos serviços de telessaúde* (Ver **caixa 23**) (113). As WCAG foram desenvolvidas para tornar o conteúdo da Web acessível a pessoas com deficiência em diversos contextos e usando uma variedade de dispositivos de usuário. As orientações das WCAG podem também abordar a concepção, muitas vezes inacessível, de páginas Web e de outras interfaces digitais que resultam num acesso inadequado à informação e aos serviços digitais para as pessoas com deficiência. A inacessibilidade afeta não apenas a informação em saúde, mas também outros serviços essenciais que afetam a equidade em saúde, como os benefícios de desemprego e outras formas de proteção social, bem como as oportunidades educacionais, de emprego e sociais, colocando as pessoas com deficiência em uma posição desfavorecida (123, 124). O padrão OMS-UIT inclui um conjunto de requisitos que os governos, prestadores de cuidados de saúde e fabricantes de plataformas de telessaúde podem incorporar para garantir a prestação de serviços de saúde acessíveis, equitativos e seguros para pessoas com deficiência.

Caixa 23

Norma global OMS-UIT sobre acessibilidade dos serviços de telessaúde (113)

Para abordar as barreiras de acessibilidade para a adoção de serviços de telessaúde, em 2022, a OMS, em conjunto com a União Internacional de Telecomunicações (UIT), publicou o *padrão global OMS-UIT para acessibilidade de serviços de telessaúde*. Este norma define os requisitos de acessibilidade para recursos técnicos a serem implementados por governos, prestadores de cuidados de saúde e fabricantes de plataformas de telessaúde para facilitar o acesso e o uso de serviços de telessaúde por pessoas com deficiência. De acordo com uma abordagem inclusiva, todos os requisitos técnicos incluídos na norma baseiam-se num contributo exaustivo recolhido junto da sociedade civil, incluindo as organizações de pessoas com deficiência e a indústria, garantindo a sua viabilidade e relevância. Exemplos desses requisitos incluem a presença de legendas durante a videoconferência para pessoas surdas ou com deficiência auditiva, ou a compatibilidade de plataformas de telessaúde com leitores de tela ou produtos auxiliares, como teclados Braille, para remover barreiras para pessoas cegas ou com deficiência visual. Se adotado pelos países, o padrão global pode facilitar o acesso universal à telessaúde para pessoas com deficiência.



Exemplos de como o progresso nas tecnologias digitais para a saúde pode ser monitorado

Um indicador de exemplo para acompanhar o progresso em direção à inclusão de pessoas com deficiência neste ponto de entrada estratégico é a adoção formal nos países de padrões internacionais para acessibilidade digital.

Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o status da inclusão de pessoas com deficiência nas ações dos países
Normas para o digital acessibilidade	As normas internacionais de acessibilidade digital têm sido adotadas em nível nacional ou subnacional?



Sistemas para melhorar a qualidade Cuidado



O que isso significa?

Cuidados de qualidade significam cuidados eficazes, seguros e centrados nas pessoas, oportunos, inclusivos, eficientes, equitativos e integrados. Um atendimento de boa qualidade é fundamental para:

- melhorar o desempenho da prestação de serviços de saúde.
- manter a confiança entre os usuários do serviço.
- garantir a sustentabilidade do sistema de saúde.
- garantir que todos os recursos investidos se traduzam na melhoria da saúde das pessoas.

A qualidade do atendimento é fundamental para todas as pessoas; os cuidados só podem ser de boa qualidade se forem acessíveis e chegarem a todos, incluindo as pessoas com deficiência. Tem havido diferentes apelos na literatura para melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas com deficiência. Mesmo que as estratégias

para conseguir isso são complexas e envolvem ações em diferentes níveis, atividades específicas foram propostas para facilitar o processo.

Uma das soluções propostas inclui a coleta eletrônica de feedback em ambientes tecnologicamente mais avançados. Demonstrou-se que a recolha de informações padronizadas sobre a acessibilidade relacionada com a deficiência de doentes oftalmológicos através de um questionário electrónico baseado em registos de saúde tem sido uma abordagem viável e eficaz (125). No nível da comunidade, as abordagens participativas podem ser uma metodologia apropriada para identificar barreiras e adaptações específicas do contexto aos serviços de saúde, incluindo discussões em grupo, "histórias de mudança" (126) e o uso de "caixas de ferramentas de comunicação" (39). Exemplos de tais abordagens foram demonstrados na investigação em saúde sexual e reprodutiva (127) e nas avaliações de programas que abordam a violência baseada no género num contexto de refugiados (39). Abordagens participativas também podem apoiar o desenvolvimento de grupos de usuários, como os desenvolvidos nas Filipinas para fornecer feedback e educação contínuos sobre as necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres com deficiência (128).



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

35. Integrar as necessidades e prioridades específicas das pessoas com deficiência nos protocolos de segurança sanitária existentes

Quaisquer protocolos de segurança existentes que incluam a avaliação dos riscos dos utilizadores dos serviços podem ser adaptados de modo a reflectir as necessidades das pessoas com deficiência. Uma pré-condição é o estabelecimento de métodos confiáveis para identificar tais necessidades por meio da integração de um método de coleta de dados em questionários hospitalares. Este processo pode identificar as pessoas com deficiência, bem como as suas necessidades específicas, por exemplo, a necessidade de uma pessoa de apoio da sua escolha. Garantir a segurança pode implicar a garantia de ajustamentos razoáveis quando necessário, o que também pode facilitar a igualdade de acesso das pessoas com deficiência aos serviços ou equipamentos. Ajustes razoáveis nos protocolos para emergências de saúde podem incluir a adaptação de medidas genéricas de saúde pública, como o distanciamento físico durante a pandemia de COVID-19 (com estratégias apropriadas de mitigação de riscos) para garantir que as pessoas com deficiência recebam cuidados e apoio adequados. Outros atos para emergências incluem a remoção de barreiras físicas;

Procedimentos adequados de evacuação de incêndios; modificação de equipamentos; fornecer intérpretes de língua gestual; ajustar as instalações das instalações; e prestar apoio adicional. Os protocolos de segurança sanitária que são inclusivos para incapacidades envolverão a formação de prestadores de serviços de saúde sobre os protocolos específicos relativos a pessoas com deficiência.

36. Assegurar mecanismos de feedback inclusivos em termos de capacidade para a qualidade dos serviços de saúde

É importante integrar, nos mecanismos de feedback existentes, as questões relevantes e os processos de queixa para que as experiências e as necessidades das pessoas com deficiência possam ser compreendidas. Exemplos de perguntas que podem ser feitas incluem experiências de discriminação percebida; barreiras ao acesso ou ao recebimento de cuidados de qualidade; satisfação pessoal com a qualidade dos serviços recebidos; ou atitudes negativas dos profissionais de saúde. O canal de coleta de feedback pode variar de acordo com os procedimentos operacionais na unidade de saúde; é importante que o formato seja acessível a todos. Para além dos mecanismos de feedback, são essenciais mecanismos de salvaguarda abrangentes acessíveis às pessoas com deficiência para denunciar incidentes de exploração ou abuso sexual perpetrados no setor da saúde. Isso inclui a conscientização entre as comunidades e os usuários dos serviços sobre esses mecanismos e como relatar incidências.

37. Considerar as necessidades específicas das pessoas com deficiência em sistemas para monitorar os caminhos de cuidados

Para alcançar um sistema de referência inclusivo, várias coisas precisam ser postas em prática. Por exemplo, assegurar cuidados centrados na pessoa através da consulta dos utentes, incluindo as pessoas com deficiência, para determinar quais os mecanismos de encaminhamento e as formas de assistência que consideram mais adequadas e acessíveis (129). Garantir a disponibilidade de um plano multidisciplinar estruturado de cuidados que possa prestar e coordenar os cuidados necessários é essencial, assim como adaptar as orientações clínicas existentes às necessidades específicas dos doentes e às estruturas locais e proporcionar um bom sistema de encaminhamento dentro e entre as instalações e os níveis de cuidados. Ao estabelecer sistemas de encaminhamento, é importante também desenvolver, concomitantemente, protocolos de consentimento informado e compartilhamento de informações, para que as pessoas com deficiência tenham uma escolha sobre o tipo de intervenção que recebem e tenham confiança no serviço de saúde.



©AmyVital

Promover a inclusão na gestão do risco de desastres hospitalares nas Américas

As pessoas com deficiência são geralmente excluídas do planejamento da gestão de riscos de catástrofes. No entanto, evidências indicam que eles são desproporcionalmente afetados em emergências de saúde.

Para promover a inclusão na gestão de riscos de desastres, uma metodologia foi desenvolvida em 2018 pela Organização Pan-Americana da Saúde (HAP O), o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde: "Inclusão de pessoas com deficiência na gestão de riscos hospitalares de desastres" (conhecida pela sigla em espanhol INGRID-H)*. A metodologia apoia os países a cumprir o artigo sobre emergências na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

INGRID-H é uma metodologia de "avaliação-ação" destinada a melhorar o nível de formação nos hospitais para melhorar a sua resposta a emergências e desastres causados por todos os perigos, focando as pessoas com deficiência, que aborda assim a visibilidade e participação das pessoas com deficiência, a acessibilidade universal, a melhoria das capacidades e o plano de resposta hospitalar.

Chile, Equador, Colômbia, República Dominicana, Honduras, Nicarágua, Panamá e Peru implementaram a metodologia INGRID-H em mais de 60 hospitais. Isso resultou na melhoria da participação das pessoas com deficiência no planejamento de gerenciamento de riscos de desastres e emergências, bem como na inclusão da deficiência nos planos, procedimentos e protocolos de resposta.

Na Guatemala, o INGRID-H foi implantado em seis hospitais selecionados, onde foram organizadas oficinas de treinamento com a participação de 126 organizações da sociedade civil, funcionários do Ministério da Saúde, da Cruz Vermelha Guatemalteca e da Coordenação Nacional para a Redução de Desastres e representantes do Conselho Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência e do Instituto de Seguridade Social da Guatemala. Uma das realizações mais importantes foi a criação de uma Coligação Nacional sobre a Gestão Inclusiva de Riscos para permitir a coordenação de esforços e desenvolver um roteiro para melhorar a inclusão das pessoas com deficiência.

* <https://reliefweb.int/report/world/ingrid-h-disability-inclusion-hospital-disaster-risk-management>.



Exemplos de como o progresso nos sistemas para melhorar a qualidade dos cuidados pode ser

Exemplos de indicadores para acompanhar o progresso da inclusão da deficiência neste ponto de entrada estratégico incluem a integração da deficiência nos protocolos de segurança da saúde, o estabelecimento de caminhos de cuidados inclusivos, a coleta de informações sobre a capacidade de resposta, segurança e pontualidade dos serviços de saúde.

Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o status da inclusão da deficiência nas ações dos países
Deficiência integrada em protocolos de segurança sanitária	Deficiência foi integrada em ou protocolos subnacionais de segurança sanitária?
Sistema de monitoramento de cuidados pessoas caminhos	São caminhos de cuidados estabelecidos inclusive para com deficiências?
Os serviços de saúde estão satisfeitos com a forma como respondivos a pessoas com deficiências	as pessoas com deficiência estão satisfeitas com a forma como suas necessidades de saúde estão sendo abordados em um em igualdade de condições com os outros?
A prestação de serviços é segura e igualdade	Os serviços de saúde são seguros e entregues em tempo hábil atempadamente para as pessoas com deficiência em pé de base com os outros?



Acompanhamento e avaliação



O que isso significa?

Monitoramento e avaliação do progresso em saúde e desempenho do sistema de saúde:

- são fundamentais para garantir que quaisquer políticas, ações ou decisões sejam implementadas conforme planejado.
- envolvem a inclusão de um conjunto de indicadores.
- permitir que os países avaliem lacunas, determinem prioridades, estabeleçam linhas de base e acompanhar o progresso em todas as áreas de ação de fortalecimento do sistema de saúde.

Para a inclusão da deficiência, esse ponto de entrada estratégico é fundamental por vários motivos. Por exemplo, os dados relacionados à deficiência são essenciais para permitir que os países desenvolvam políticas baseadas em evidências para monitorar a implementação da CDPD. Estes dados podem igualmente apoiar os países na medição dos progressos realizados na consecução dos objectivos nacionais, bem como a fazer um balanço dos desafios que continuam por resolver.



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

38. Criar um plano de monitoramento e avaliação para a inclusão de pessoas com deficiência

Para integrar a inclusão da deficiência no quadro de monitoramento e avaliação do sistema de saúde, os países precisam primeiro criar um plano que descreva a processo. O estabelecimento de tal plano normalmente inclui várias etapas. Primeiro, os governos precisam identificar os atores a serem envolvidos no desenvolvimento da estrutura de monitoramento. O Ministério da Saúde pode criar um grupo informal de pessoas com experiência em deficiência, sistemas de informação em saúde e avaliação; a pessoa focal para deficiência dentro do ministério geralmente lideraria o

processo. A participação das pessoas com deficiência nos debates é importante. Em segundo lugar, com base nas prioridades estabelecidas dos países e nas ações tomadas, ou planejadas, para promover a inclusão de pessoas com deficiência, os indicadores que estão alinhados com essas prioridades precisam ser selecionados. Por exemplo, se um país tomou medidas para fornecer treinamento para sua força de trabalho de saúde e cuidados ou para adotar o design universal em instalações, os indicadores que acompanham o progresso nessas duas áreas precisam ser selecionados. Em terceiro lugar, os governos devem identificar e desenvolver fontes de dados no âmbito do sistema nacional de informação em saúde para recolher dados e monitorizar os indicadores selecionados. Estes dados podem ser recolhidos através de todos os níveis do quadro de monitorização e avaliação – entrada, saída, resultado ou impacto. Além disso, é fundamental que o plano de monitorização e avaliação considere também a recolha de informações de base para cada indicador e defina a frequência da recolha de dados.

39. Integrar os indicadores de inclusão da deficiência nos quadros de monitorização e avaliação dos sistemas de saúde dos países

Ao longo dos pontos de entrada estratégicos apresentados no Capítulo 3, diferentes indicadores foram propostos como exemplos para acompanhar a inclusão da deficiência no setor da saúde. Os indicadores são em grande parte extraídos e adaptados do quadro e dos indicadores de medidas da APS da OMS (130); são apenas exemplos, e os países podem optar por adaptá-los de acordo com as suas necessidades. A OMS conduzirá um extenso processo consultivo no devido tempo, para recomendar um conjunto completo de indicadores para os países.

Os indicadores apresentados até à data abrangem os determinantes do sistema de saúde (estruturas e entradas do sistema de saúde), bem como a prestação de serviços (processos e resultados) que fazem parte do quadro de monitorização e avaliação. Os diferentes tipos de indicadores são essenciais para compreender como a inclusão da deficiência tem sido integrada no setor saúde e o que contribui para as iniquidades em saúde das pessoas com deficiência. No entanto, para medir o impacto das ações de inclusão da deficiência na saúde das pessoas com deficiência e se os objetivos do sistema de saúde estão sendo alcançados, são necessários indicadores adicionais sob os níveis de resultados e impacto no quadro de monitoramento e avaliação. Esses indicadores são apresentados na **Tabela 5** e integrados ao quadro completo (**Figura 7**). Mas até que sejam feitos esforços para desagregar as informações por status de deficiência, não será possível rastrear muitos deles.

Os dados sobre os indicadores relativos à "prestação de serviços" e aos "objectivos do sistema de saúde" podem ser recolhidos em grande medida no âmbito dos sistemas nacionais de informação sobre saúde dos países.

Para os "determinantes do sistema de saúde", bem como outros determinantes e fatores de risco para a saúde, os dados podem ser coletados por outros setores.

Existem várias fontes de informação que podem ser usadas para coletar dados nesses diferentes níveis. Por exemplo, a nível dos contributos, as fontes administrativas, tais como sistemas de acompanhamento financeiro, bases de dados edocumentos de avaliação dos recursos humanos, das infraestruturas ou das políticas, podem ser utilizadas para compreender como funciona o financiamento da deficiência ou se as instalações de saúde são acessíveis. No nível de saída, as avaliações de instalações ou os sistemas de relatórios de instalações podem medir a disponibilidade dos serviços, a prontidão do serviço ou a qualidade. Todas as informações recolhidas aos níveis de entrada e de saída só serão relevantes se as pessoas com deficiência forem identificadas e os dados forem desagregados por deficiência.

A identificação de pessoas com deficiência pode ser facilitada através da coleta de dados de rotina nas instalações. Uma maneira eficaz e sensível de fazer isso é coletar dados sobre o funcionamento; por exemplo, a recolha sistemática de dados codificados e comunicados sobre o funcionamento como parte da recolha de dados de rotina sobre as instalações facilita a desagregação dos dados ao nível dos resultados para identificar as iniquidades em matéria de saúde na prestação de serviços de saúde.

Ao reconhecer o valor da captura de informações de funcionamento por meio de avaliações de rotina de instalações, a OMS introduziu uma seção suplementar para avaliação de funcionamento na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (131). Isso facilita o uso conjunto da CIF e da CID, especificamente para fins práticos, como o reembolso (132, 133). A seção sobre funcionamento incorpora a Escala de Avaliação da Incapacidade 2.0 da OMS (WHODAS 2.0) e o módulo de funcionamento do Model Disability Survey. Este é um grande passo em frente na recolha de dados sobre a deficiência no âmbito do sistema de informação em saúde, uma vez que a maioria dos países utiliza a CID para dados de mortalidade e morbidade, e muitos também para efeitos de reembolso. Mesmo que a seção de avaliação de funcionamento continue sendo um módulo opcional, os países agora têm uma maneira de coletar e codificar informações sobre o funcionamento que também podem ser usadas para fins de reembolso e para fins de desagregação na saída, no resultado e no final nível de impacto.

Nos níveis de resultado e impacto, os dados de base populacional e de instalações são fontes fundamentais para capturar informações sobre os resultados de saúde para pessoas com deficiência quando o status de deficiência é identificado. O anexo 5 fornece mais informações sobre os diferentes instrumentos da população b utilizados para recolher e desagregar dados sobre a deficiência que são utilizados principalmente para indicadores de resultados e de impacto.

Tabela 5. Exemplos de indicadores no âmbito dos níveis de resultados e de impacto no quadro de acompanhamento e avaliação

Pontos de entrada	Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o estatuto da inclusão da deficiência nas acções nacionais
Resultados		
<i>UHC</i>	Cobertura de serviço eficaz para pessoas com deficiência melhorada	A cobertura efetiva média dos serviços essenciais de saúde, observada por meio de intervenções traçadoras ou índices dos serviços de saúde, é a mesma para as pessoas com deficiência do que para aqueles que estão em situação de
	Protecção financeira das pessoas com deficiência garantida	As pessoas com deficiência são mais propensas a viver em famílias que experimentam gastos catastróficos em saúde e / ou gastos empobrecedores em saúde em comparação com aqueles sem deficiência?
<i>Saúde emergências</i>	Pessoas com deficiências	Qual é a percentagem de pessoas com deficiências que recebem relacionadas com
	protegidos em intervenções de saúde emergências	em comparação com aqueles sem?
<i>Saúde intervenções</i>	pública Saúde pública intervenções são	É a cobertura da saúde pública intervenções como WASH ou vacinação inclusiva o mesmo para pessoas com deficiências e aqueles sem?
Impacto		
<i>Redução de iniquidades</i>	Reduzida	prematura Existe uma diferença nas percentagens
	mortalidade em saúde das pessoas com deficiência	com deficiência e em geral população que morre prematuramente porque de causas evitáveis?

Pontos de entrada	Exemplo de indicador	Perguntas que fornecem informações sobre o estatuto da inclusão da deficiência nas acções nacionais
-------------------	----------------------	---

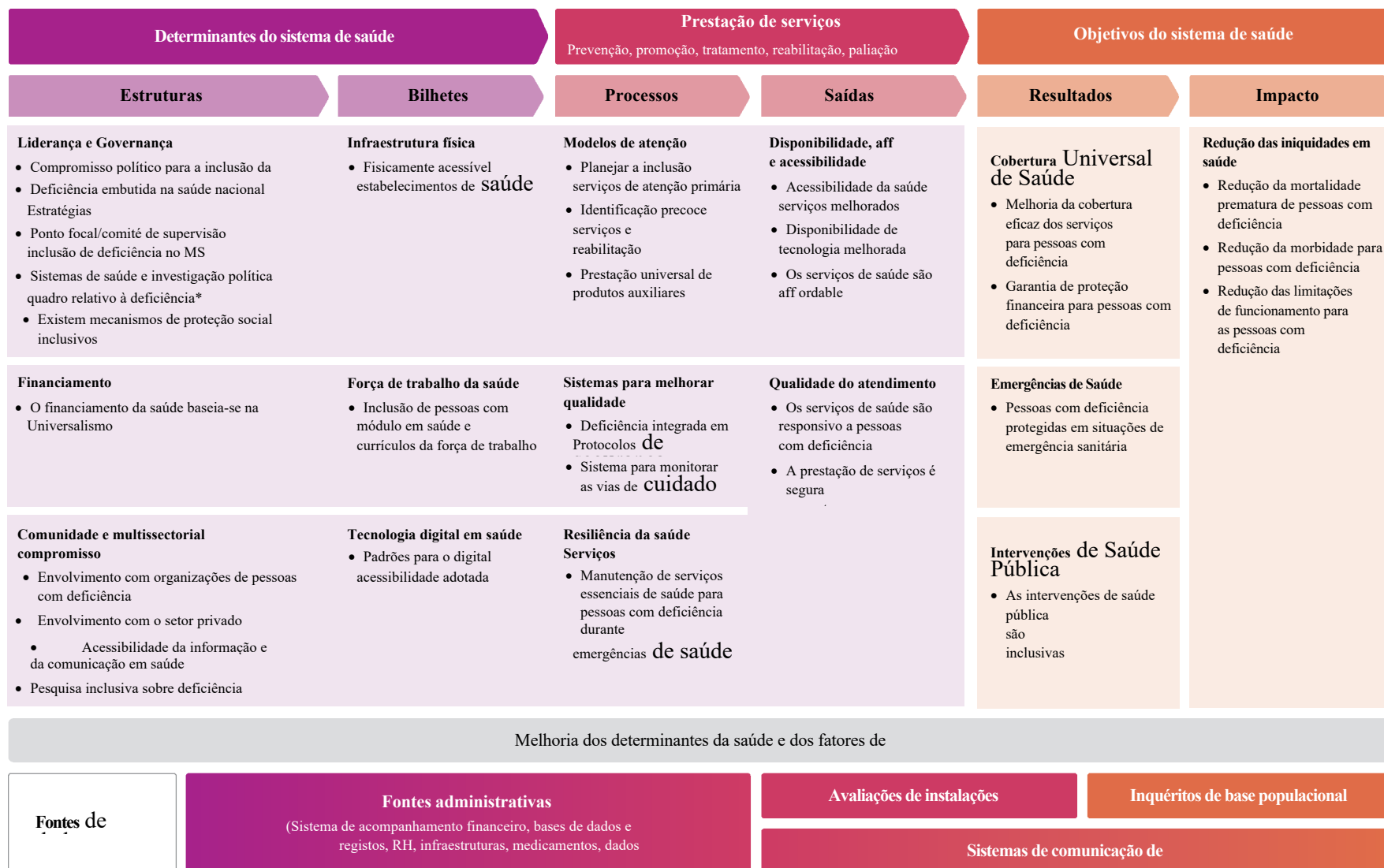
Redução da morbidade para pessoas com deficiência

Existe diferença nos percentuais de pessoas com deficiência e da população em geral que desenvolvem condições de saúde por causas evitáveis, como tabagismo, inatividade física, consumo de álcool, etc?

funcionamento limitações do pessoas com a causas de

Funcionamento reduzido Existe uma diferença no estatuto das pessoas com deficiência e população em geral devido a evitáveis deficiências, como ambiente inacessível?

Figura 7. Exemplos de indicadores de inclusão de pessoas com deficiência categorizados de acordo com os determinantes do sistema de saúde, a prestação de serviços e os objetivos do sistema de saúde



* Este indicador é apresentado no próximo ponto de entrada sobre política de saúde e pesquisa de sistemas

Forte monitoramento e avaliação em um novo plano de inclusão de deficiência em Fiji

Fiji deu um passo significativo na inclusão de pessoas com deficiência, estabelecendo um plano cuidadosamente desenvolvido: o Plano Nacional de Ação de Reabilitação e Saúde Inclusiva para Pessoas com Deficiência 2022-2026. O Plano é fundamentado nos direitos humanos, focado na equidade e desenvolvido por meio da colaboração multissetorial; ele ainda estabelece um caminho para uma sociedade inclusiva, livre de barreiras e baseada em direitos para os fijianos com deficiência.

O Plano tem dois componentes – deficiência e reabilitação, que refletem os objetivos gêmeos de garantir o acesso a serviços de saúde inclusivos para todas as pessoas com deficiência e construir serviços de reabilitação e produtos de assistência para aqueles que precisam, incluindo o fortalecimento da força de trabalho de reabilitação. Cada entidade dispõe de um coordenador separado para facilitar a execução, a coordenação eficaz e a mobilização de recursos.

O monitoramento, a avaliação e a aprendizagem têm sido reconhecidos como elementos essenciais para o sucesso do Plano. O acompanhamento eficaz e regular dos indicadores significativos e previamente definidos servirá para garantir que estão a ser feitos progressos e para informar as análises e a avaliação do Plano.

Por exemplo, com o objetivo de melhorar a inclusão e a equidade do acesso aos serviços de saúde, os indicadores estão estabelecendo umorçamento mais elevado e monitorando o acesso em uma determinada data de revisão para as políticas com inclusão de pessoas com deficiência. Para monitorar o fortalecimento dos serviços de reabilitação, haverá avaliações da delimitação de papéis e dos níveis de pessoal, incluindo uma auditoria de pessoal. A auditoria dos serviços existentes contribuirá para determinar o número de cadeiras de rodas e próteses instaladas por uma instalação.

O desenvolvimento do Plano, iniciado há nove anos, envolveu vários debates com um vasto leque de partes interessadas, desde os vereadores (para garantir acessibilidade a nível local) até às organizações de pessoas com deficiência. Estas consultas ajudaram a estabelecer necessidades não satisfeitas e lacunas nos serviços. O Plano concluiu sua revisão final interna e será submetido ao Chefe do Ministério da Saúde para aprovação e endosso em breve.

10

Política e sistemas de saúde investigação



O que isso Significa?

Pesquisa de políticas e sistemas de saúde (HPSR):

- concentra-se principalmente nas organizações e políticas de saúde, em vez de serviços clínicos ou pesquisa científica básica.
- explora uma ampla gama de questões no nível do sistema – do financiamento à governança, passando por questões relacionadas à implementação de serviços e prestação de cuidados, até os papéis e responsabilidades de diferentes partes interessadas no setor de saúde.
- é crucial para que os tomadores de decisão no setor de saúde tomem decisões informadas sobre quais ações contribuirão para a realização da UHC e para a coordenação suave entre os setores.
- é fundamental para ajudar a reduzir as iniquidades globais em saúde.

A importância da política de saúde e da pesquisa de sistemas sobre deficiência foi enfatizada através da resolução WHA74.8 da Assembleia Mundial da Saúde: "Resolução sobre o mais alto padrão atingível de saúde para pessoas com deficiência", onde os Estados-Membros solicitaram à OMS que "apoiasse a criação de uma agenda global de pesquisa que se alinhasse com a UHC, as emergências de saúde e o bem-estar, incluindo os sistemas de saúde e a investigação política" (134). Este pedido sublinha a oportunidade e a importância de trazer uma perspectiva sistêmica para as ações de pesquisa em prol da equidade em saúde das pessoas com deficiência.



Ações direcionadas à deficiência para fortalecer a APS e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência

40. Desenvolver uma agenda nacional de pesquisa de políticas e sistemas de saúde sobre deficiência

Seguindo o pedido da resolução WHA74.8 da Assembleia Mundial da Saúde, a OMS avançará com o desenvolvimento de uma agenda HPSR para a equidade em saúde para pessoas com deficiência. A agenda buscará produzir evidências para determinar como organizar a sociedade e os sistemas de saúde para garantir a equidade em saúde para as pessoas com deficiência. Este relatório apresenta um ponto de partida ideal para isso. Neste capítulo, as questões propostas introduzidas em consonância com cada um dos indicadores de acompanhamento e avaliação representam questões-chave a abordar. O desenvolvimento de uma agenda nacional de HPSR não deve ser visto como uma ação adicional em silos, mas sim como uma estratégia integrada que se baseia nas informações obtidas através dos indicadores do sistema de saúde.

Levando a agenda da deficiência adiante através da pesquisa na Austrália

O Australian National Health and Medical Research Centre of Research Excellence in Disability and Health (credh.org.au), organizado pela Universidade de Melbourne, explorou diversas áreas de pesquisa relacionadas à deficiência e à saúde, particularmente sobre os fatores sociais e econômicos das desigualdades em saúde. Os projectos de investigação incluem a monitorização das iniquidades, a análise de políticas, a economia da saúde, os serviços para pessoas com deficiência, a COVID-19, a violência e a discriminação e o emprego. Os temas de pesquisa podem considerar várias questões relacionadas. Por exemplo, o tema da violência e discriminação entre pessoas com deficiência foi explorado através de vários projetos, tais como:

- um relatório para a Comissão Real* sobre a natureza e a extensão da violência, abuso, negligência e exploração de pessoas com deficiência na Austrália;
- um estudo para construir a base de evidências sobre a violência contra a mulher com deficiência e o que funciona para preveni-la;
- uma pesquisa sobre as atitudes da comunidade em relação à deficiência, com o Governo do Estado de Victoria;
- um quadro para os jovens com deficiência que utilizam a violência em casa para orientar a prevenção e a resposta.

A Comissão Real descobriu que duas em cada três pessoas com deficiência experimentaram pelo menos um incidente de violação desde os 15 anos de idade (isso exclui pessoas em ambientes de cuidados em grupo onde o risco de violência é maior). O relatório também constatou que as taxas de violência são maiores entre as pessoas com deficiências psicossociais; e as mulheres com deficiência têm duas vezes mais probabilidades de denunciar violência sexual durante o ano passado do que as mulheres sem deficiência. O projeto, que incluiu a produção de um compêndio de dados sobre deficiência e violência com mais de 25 conjuntos de dados exclusivos, foi amplamente divulgado na

<https://disability.royalcommission.gov.au/about-royal-commission>



Exemplo de como os progressos na política de saúde e na investigação de sistemas podem ser monitorizados

Um indicador de exemplo para acompanhar o progresso neste ponto de entrada estratégico é a integração da deficiência nos sistemas de saúde e a pesquisa de políticas nos países.

Exemplo de indicador

Perguntas que fornecem informações sobre o status da inclusão da deficiência nas ações dos países

Os sistemas e as políticas quadro de investigação sobre deficiência

de saúde são os resultados das acções políticas e dos programas a inclusão da deficiência no sector da saúde (como as acções propostas neste capítulo) investigadas?

Existe capacidade de pesquisa para a pesquisa de políticas e sistemas de saúde em inclusão de pessoas com deficiência?

Caixa 24

O que significaria um setor de saúde inclusivo para pessoas com deficiência*

O que significaria para Alberto um setor de saúde inclusivo para pessoas com deficiência?

Alberto é um adolescente que vive em um país de alta renda, que se envolveu em um acidente de carro; ele posteriormente adquiriu uma deficiência devido a uma lesão na medula espinhal e comprometimento relacionado. Ele é um usuário de cadeira de rodas e reside em uma pequena cidade com sua mãe, que é uma provedora de apoio. Alberto é um membro ativo e vocal da comunidade e membro de uma organização que representa pessoas com deficiência que se reúne regularmente com os tomadores de decisão no setor de saúde para discutir melhorias na implementação de serviços de saúde na comunidade. Seu principal profissional de saúde está perto de sua casa em um centro comunitário acessível. Ele também se exercita regularmente na academia ao ar livre construída na comunidade.

Que ações levaram a isso?

Governança e liderança inclusivas:

O governo, após um diálogo inclusivo com a sociedade civil, integrou a deficiência na estratégia nacional de saúde e adotou uma política nacional para a prestação acessível de serviços essenciais de saúde, tais como:

reabilitação, como parte de seu pacote de cuidados UHC. A política delineia várias estratégias para promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência. Estes incluem a remoção de barreiras ao acesso físico de instalações e serviços de saúde; capacitação para a força de trabalho de saúde e cuidados sobre a inclusão de pessoas com deficiência para abordar a estigmatização; integrar a inclusão da deficiência nos mecanismos financeiros nacionais para fazer face aos custos adicionais da deficiência, como o fornecimento de produtos de assistência; melhorar os cuidados comunitários para prestar serviços perto das casas das pessoas; fortalecimento das ações de apoio aos prestadores; e a prestação de serviços especializados de deficiência para aqueles que deles necessitam. Além disso, o Ministério da Saúde, em colaboração com o Ministério do Esporte, trabalhou em conjunto para garantir que os playgrounds existentes e os ginásios ao ar livre construídos na comunidade fossem acessíveis.

Envolvimento comunitário e multisectorial:

O Ministério da Saúde estabeleceu um mecanismo de diálogo regular com organizações de pessoas com deficiência e outras partes interessadas da comunidade, bem como com o setor privado, com o objetivo de melhorar a prestação de serviços de saúde a nível comunitário para pessoas com deficiência. Isso ajudou os formuladores de políticas a entender melhor os desafios de base encontrados pelas pessoas com deficiência.

Infraestrutura física acessível:

A acessibilidade das unidades de saúde foi uma das principais mudanças priorizadas na política nacional. Foi obrigatório a nível nacional um plano para construir novos centros de cuidados de saúde, ou para reformar instalações antigas, seguindo um desenho universal para os próximos 10 anos. O governo estimou que um adicional de 3% dos custos associados à construção ou renovação de instalações seria suficiente para cumprir os fundamentos da universalidade.

Medicamentos e produtos de saúde disponíveis, incluindo tecnologias de apoio:

Devido à boa colaboração entre o Ministério da Saúde e o setor privado, os produtos de assistência mais essenciais, como cadeiras de rodas, são agora universalizados para aqueles que precisam deles. O Governo tem políticas claras em matéria de aquisição de produtos de assistência prioritários, com sistemas de provisão e pessoal formado, com o objectivo de ter acesso suficiente e a preços comportáveis e apoio contínuo perto de onde as pessoas vivem.

O que significaria um setor de saúde inclusivo para pessoas com deficiência para Amara?

Amara é uma mulher que vive em um país de renda média com o marido. Amara tem deficiência intelectual e trabalha em uma fábrica. Ela se beneficia

de um regime de segurança social no seu trabalho que lhe dá a oportunidade de receber serviços de saúde gratuitos. Amara e seu marido estão planejando ter filhos e, portanto, Amara recebe planejamento familiar e tem acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Em sua comunicação com seu médico, Amara sempre recebe materiais informativos de saúde em formato de fácil leitura. Inicialmente, ela recebeu um pequeno manual de informações sobre como acessar seu prontuário eletrônico e como realizar uma reunião de telessaúde com seu médico.

Que ações levaram a isso?

Financiamento inclusivo:

Devido à boa coordenação entre os ministérios da Saúde, Assuntos Sociais e Finanças, o Governo investiu na promoção da UHC para a sua população. Isso incluiu não apenas expandir os pacotes de cuidados, mas também introduzir estratégias para reduzir os gastos catastróficos em saúde. Passando para acordos de financiamento da saúde com base nas necessidades da população, o sector da saúde aumentou investimentos no sistema de saúde para tornar a prestação de serviços acessível.

Tecnologia de saúde digital inclusiva:

O governo investiu no aumento da alfabetização em saúde digital entre as pessoas, especialmente os grupos mais marginalizados que têm subutilizado serviços como a telessaúde. Além disso, foi adoptada uma directiva para fornecer materiais essenciais de informação sobre saúde num formato acessível às necessidades das pessoas com deficiência.

Governança e liderança inclusivas

O governo alinhou suas leis e políticas nacionais sobre deficiência com a CDPD, garantindo que o país adotasse uma abordagem baseada em direitos humanos para a inclusão de pessoas com deficiência no setor de saúde. Promoveu campanhas para abordar a estigmatização e a discriminação com base na deficiência, com um foco na sensibilização da comunidade e no aumento do conhecimento. Além disso, o setor de saúde adotou políticas para garantir que o consentimento livre e informado fosse promovido e protegido em todas as unidades de saúde.

O que um setor de saúde inclusivo para pessoas com deficiência significaria para Sayo?

Sayo é uma mulher de sessenta anos, vivendo em um país de baixa renda, que teve uma deficiência psicossocial nos últimos 12 anos. A COVID-19 tornou as coisas mais difíceis para ela, e ela tem lutado para lidar com a pressão da pandemia. Sayo agora recebe apoio psicossocial. Ela se sente incluída em todas as decisões que são tomadas, não sente qualquer ameaça de

tratamento coercitivo, e é fornecido informações abrangentes sobre sua condição e opções de tratamento. Sayo também se sente apoiada por sua comunidade, que sabe sobre sua condição de saúde mental. Ela não sente mais que sua deficiência é "invisível" para os outros.

Que ações levaram a isso?

Governança e liderança inclusivas:

Como parte dos esforços do país para fortalecer o sistema de saúde, o governo incorporou diferentes considerações sobre deficiência na resposta a emergências de saúde antes da pandemia de COVID-19. Tratava-se de um plano bem elaborado que visava assegurar o menor número possível de perturbações dos serviços de saúde essenciais para as pessoas com deficiência; uma resposta que incluía a prestação acessível de serviços de saúde remotos; a equidade nos procedimentos de triagem e vacinação; considerações especiais para as pessoas com deficiência nas medidas de pandemia, como o distanciamento físico; e o fornecimento de informações de saúde acessíveis.

Envolvimento comunitário e multisectorial:

O Ministério da Saúde iniciou um campo de saúde mental para conscientização, que se concentra em diálogos comunitários com o objetivo de aumentar a conscientização sobre a deficiência, incluir discussões sobre deficiências psicossociais ocultas e abordar a estigmatização em relação às pessoas com deficiência. Os campeões da comunidade foram cultivados e apoiados para aumentar o conhecimento e mudar atitudes entre outros membros da comunidade.

Mão-de-obra qualificada:

Um treinamento obrigatório sobre inclusão de deficiência foi fornecido aos profissionais de saúde com foco de aprendizado para direcionar vieses inconscientes e corrigir falsas crenças que podem estar impactando negativamente o cuidado. O treinamento também se concentrou na importância de reconhecer e atender às necessidades das pessoas com deficiência psicossocial.

Melhoria da qualidade dos serviços de saúde:

Como parte dos esforços do setor de saúde para melhorar a qualidade dos serviços para pessoas com deficiência, foi estabelecido um mecanismo de feedback de rotina, que pede a todos os usuários de cuidados de saúde que avaliem a qualidade dos serviços de saúde que recebem em nível comunitário. O formulário de avaliação mede a qualidade em diferentes componentes, como capacidade de resposta, pontualidade, segurança ou acessibilidade dos cuidados.

*Exemplos hipotéticos



Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para o Sudeste Asiático. Iniciativa de epilepsia de Mianmar: pilotando o programa da OMS sobre a redução da lacuna no tratamento da epilepsia 2013-2017. Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276946>, acessado em novembro de 2022).
2. Atenção primária à saúde no caminho para a cobertura universal de saúde: relatório de monitoramento de 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.
3. Rasanathan K, Evans TG. Cuidados de saúde primários, a Declaração de Astana e a COVID-19. Bull Órgão Mundial de Saúde. 2020;98:801.
4. Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>, acessado em novembro de 2022).
5. [Everybody's business](#). Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's [framework for action](#). Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>, acessado em novembro de 2022).
6. [Raub A, Latz I, Sprague A, Stein MA, Heymann J](#). Cdireitos institucionais das pessoas [com deficiência: uma análise de 193](#) constituições nacionais. Harvard Hum Direitos J. 2016;29:203–40.
7. [Ramo do Tratado de Direitos Humanos do ACNUDH](#). Co-mpilação de declarações de tratados de direitos humanos [no contexto da COVID-19](#). Geneva: OHCHR; 2020 (https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/TB/COVID19/External_TB_statements_COVID19.pdf, acessado em [novembro de 2022](#)).
8. [Rede GLAD](#). Global Action on Disability Network Statement on persons with disabilities [in the COVID-19 outbreak and response](#). 2020 (https://gladnetwork.net/sites/default/files/2020-04/GLAD%20Statement%20on%20COVID-19_FINAL.pdf, acessado em novembro de [2022](#)).
9. [International Labour Organization](#). [Política](#) rief. A COVID-19 e o mundo do trabalho: [assegurar a inclusão das pessoas](#) em todas as fases da resposta. Geneva: [International Labour Organization](#); 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_746909.pdf, acessado em novembro de 2022).
10. [Banks LM, Mearkle R, Mactaggart I, Walsham M, Kuper H, Blanchet K](#). Programas de deficiência e [proteção social em países de baixa e média](#) renda: uma revisão sistemática. Estudos de [Desenvolvimento de Oxford](#). 2017;45:223–39. DOI: 10.1080/13600818.2016.1142960.
11. [Grumi S, Provenzi L, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C et al](#). Envolvimento com [as famílias através de on-line](#) r [rehabilitation for](#) crianças durante a emergência, (EnFORCE) [grupo](#). [Serviços de reabilitação](#) [trancados](#) durante a emergência da COVID-19: a resposta de saúde mental de [cuidadores de crianças](#) com deficiências [de neurodesenvolvimento](#). Disabil [Rehabil](#). 2021;43:27–32. DOI: [https:// dx.doi.org/10.1080/09638288.2020.1842520](https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2020.1842520).
12. [Mont D](#). [Social protection and disability](#). In: Barron T, Manombe NJ, editores. Pobreza e [deficiência](#). Londres: [Leonard Cheshire Disability](#); 2010:317–39 (The Disability and Inclusive [Development Series](#)).

13. Nações Unidas. Policy brief: uma resposta inclusiva para pessoas com deficiência à COVID-19. Nova Iorque: Nações Unidas; 2020 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf>, acessado em novembro de 2022).
14. Mulheres Habilitadas Internacionalmente. COVID-19 na interseção de gênero e deficiência: resultados de uma pesquisa global de direitos humanos. Washington D.C.: Women Enabled International; 2020.
15. Hanass-Hancock J, Strode A, Grant C. Inclusão da deficiência nas respostas estratégicas nacionais ao HIV e à SIDA na África Oriental e Austral. *Disabil Rehabil.* 2011;33:2389–96. DOI: 10.3109/09638288.2011.573055.
16. Nações Unidas. Um quadro das Nações Unidas para a resposta socioeconômica imediata à COVID-19. Nova Iorque: Nações Unidas; 2020 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/UN-framework-for-the-immediate-socio-economic-response-to-COVID-19.pdf>, acessado em novembro de 2022).
17. [Andrews EE, Ayers KB, Brown KS, Dunn DS, Pilarski CR.](#) Nenhum corpo é dispensável: [racionamento médico e justiça para pessoas com deficiência](#) durante a pandemia de COVID-19. *Am Psychol.* 2021;76:451–61. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/amp0000709>.
18. [Panocchia N, D'ambrosio V, Corti S, Lo Presti E, Bertelli M, Scattoni ML et al.](#) *J Med Ethics.* 2021;47:362–6. doi: 10.1136/medeth-ics-2020-107198.
19. [Sabatello M, Burke TB, McDonald KE, Appelbaum PS.](#) Deficiência, ética e cuidados de saúde [na pandemia de COVID-19.](#) *Am J Saúde Pública.* 2020;110:1523–7. doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2020.305837>.
20. [Haque OS, Stein MA.](#) [Viés clínico da COVID-19, pessoas com deficiência e direitos humanos.](#) *Direitos de Hum de Saúde.* 2020;22:285–90.
21. [Organização Mundial da Saúde.](#) [O fórum de Dushanbe une as desigualdades de deficiência no Tajiquistão.](#) 2019 (<https://www.who.int/europe/news/item/11-11-2019-dushanbe-forum-unites-against-disability-inequalities-in-tajikistan>, [acessado](#) November 2022).
22. [World Saúde Ouorganização.](#) [Setenta e dois Co](#)mmittee Regional para a Europa. EUR/RC72/BG7. [Tel Aviv, 12 a 14 de setembro de 2022.](#) [A OMS Europa é um quadro de ação para alcançar nível de saúde mais elevado possível para as pessoas com deficiência 2022-2030.](#) [Background document.](#) 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362016>, acessado [em](#) November 2022).
23. [Capacidade jurídica e direito de decisão:](#) formação básica da OMS QualityRight: saúde mental e [serviços sociais: guia do curso.](#) [Genebra: Organização Mundial da Saúde;](#) 2019.
24. [Organização Mundial da Saúde.](#) [Apoio à tomada de decisão e planeamento de ajuda.](#) A WHO QualityRights [especializa-se na formação.](#) Guia do curso. 2019 (alínea <https://www.who.int/publications/i/quem-qualidadedireitos-orientação-e-formação-ferramentas>, [acesso a](#) novembro de 2022).
25. [Fundo de População das Nações Unidas, Women Enabled International,](#) Fórum das Pessoas com Deficiência do Pacífico. [Mulheres e jovens com deficiência nas Fiji:](#) avaliação das necessidades de saúde sexual e [reprodutiva edos direitos, da violência baseada no gênero,](#) do acesso a serviços essenciais. [2022.](#)



26. Fundo de População das Nações Unidas, Women Enabled International, Fórum de Deficiência do Pacífico. Mulheres e jovens com deficiência em Samoa: avaliação das necessidades de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, violência baseada na gender e acesso a serviços essenciais. 2021.
27. Fundo de População das Nações Unidas, Women Enabled International, Fórum de Deficiência do Pacífico. Mulheres e jovens com deficiência em Vanuatu: avaliação das necessidades de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, violência baseada no género e acesso a serviços essenciais. 2022.
28. UNFPA Pacífico. Violência de género e saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia de COVID-19 na região do Pacífico. 2022.
29. Carr S. Implementando a saúde mental global sustentável em um mundo fragmentado. Lanceta. 2018;392:1497–8. DOI: 10.1016/s0140-6736(18)32270-0.
30. O Foreign Commonwealth & Development Office (FCDO). Estratégia de Inclusão e Direitos das Pessoas com Deficiência da FCDO 2022-2030: construindo um futuro inclusivo para todos: uma abordagem baseada em direitos sustentáveis. 2022.
31. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas: Divisão para o Desenvolvimento Social Inclusivo. Promover a inclusão através da proteção social. Relatório sobre a situação social mundial. Nova Iorque: Nações Unidas; 2018.
32. Fernandes S, Pinto M, Barros L, Moreira MEL, de Araújo TVB, Lyra TM et al. A carga econômica da síndrome congênita do Zika no Brasil: um panorama aos 5 anos e 10 anos. BMJ Glob Saúde. 2022;7:e008784.
33. Monitoramento dos blocos de construção dos sistemas de saúde: um manual de indicadores e suas estratégias de medição. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>, acessado em novembro de 2022).
34. [Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D et al. A Comissão de Saúde Global da Lancet sobre o financiamento dos cuidados de saúde primários: colocar as pessoas no centro. Lancet Glob Saúde. 2022;10:e715–e72. doi: \[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\\(22\\)00005-5\]\(https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5\).](#)
35. [Fragilidade, conflito e violência \(FCV\). Visão geral.](#) Washington DC: O Banco Mundial; Em 2014.
36. [UNICEF. Boas práticas na prestação de serviços de WASH acessíveis e inclusivos. Representações da UNICEF nos países. Nova Iorque; Em 2015.](#)
37. [Estratégia global da OMS em matéria de serviços de saúde integrados e integrados: relatório intercalar. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 \(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>, acessado em novembro de 2022\).](#)
38. [Aliança Internacional para a Deficiência. Survey das experiências de pessoas com deficiência que se adaptam à pandemia global de COVID-19. 2021 \(\[https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid-19_survey_report_final.pdf\]\(https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid-19_survey_report_final.pdf\), acesso em novembro de 2022\).](#)
39. [Comissão de Refugiados da Mulher e Comitê Internacional de Resgate. Desenvolver a capacidade para a inclusão de pessoas com deficiência na programação da VBG em ambientes humanitários: um kit de ferramentas para os profissionais da VBG. Em 2015.](#)
40. [Resumo da política da UNECE sobre o envelhecimento nº 22. Os papéis desafiadores dos cuidadores informais. UNECE; 2019.](#)



41. iSupport for Dementia: manual de formação e apoio para cuidadores de pessoas com demência. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.
42. Swenor BK. Incluindo a deficiência em todos os esforços de equidade em saúde: um apelo urgente à ação. 2021;6:e359–e60. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00115-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00115-8).
43. [Emprego: o ganho](#) da inclusão das pessoas com deficiência. Genebra: Organização Internacional do [Trabalho; Em 2016](#).
44. [Meeks LM, Maraki I, Singh S, Curry RH](#). Compromissos globais com a inclusão da deficiência [nas profissões de saúde](#). *La ncet*. 2020;395:85 2–3. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30215-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30215-4).
45. [Durham J, Brolan CE, Mukandi B](#). A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: [uma solução para a disresponsabilidade ética e a investigação no domínio da saúde nos países em desenvolvimento](#). *Am J Saúde Pública*. 2014;[104:2037–43](#).
46. [Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas \(UNDESA\)](#): Divisão de Política Social e [Desenvolvimento \(DSPD\)](#). Kit de ferramentas sobre deficiência para a África. Genebra: Nações Unidas; [Em 2016](#).
47. [Klitzner TS, Rabbitt LA, Chang R-KR](#). Benefícios da coordenação do cuidado para crianças com [doenças complexas: um projeto piloto](#) de casa em uma clínica de ensino residente. *J Pediatr*. 2010;[156:1006–10](#).
48. [Moeenuddin Z, Kim-Kupfer C, Owchar E, Baker J, Duffield A, Santoro T](#). A influência da [coordenação do cuidado em pacientes](#) com necessidades especiais de saúde em uma clínica de continuidade de residência pediátrica. *Glob Pediatr Saúde*. 2019;6:2333794X19848677.
49. [Zanello E, Calugi S, Sanders LM, Lenzi J, Faldella G, Rucci P et al](#). Coordenação de cuidados para [crianças com necessidades especiais](#) de saúde: um estudo de coorte. *Ital J Pediatr*. 2017;[43:1–6](#).
50. [Organização Mundial da Saúde e ISCOS](#). Perspectivas internacionais sobre lesão medular. [Genebra: Organização Mundial da Saúde; Em 2013](#).
51. [Nguyen C, Lefèvre-Colau M-M, Poiraudau S, Rannou F](#). Reabilitação (exercício e [treinamento de força](#)) osteoartrite: uma revisão narrativa crítica. *Ann Phys Rehabil Med*. [2016;59:190–5](#).
52. [Redução do risco de declínio cognitivo e demência: diretrizes da OMS](#). Genebra: Organização Mundial da Saúde ; [2019](#).
53. [Organização Mundial da Saúde e UNICEF](#). Desenvolvimento e deficiência na primeira infância: um [documento de discussão](#). [Genebra: Organização Mundial da Saúde; Em 2012](#).
54. [Nações Unidas. Convenção](#) sobre o Direito da Criança. 1989.
55. [Heckman J](#). [Investir em](#) crianças pequenas desfavorecidas é justo e eficiente. Comitê [de Desenvolvimento Econômico](#), Pew Charitable Trusts, PNC Financial Services Group, Nova [York. Em 2006](#).
56. [Desenvolvimento da primeira infância: um poderoso equalizador](#). Genebra: Organização Mundial da Saúde; [Em 2007](#).
57. [Engle PL, Fernald LC, Alderman H, Behrman J, O’Gara C, Yousafzai A et al](#). Estratégias para [reduzir as desigualdades e melhorar](#) resultados do desenvolvimento para crianças pequenas em países de baixa [e média renda](#). *Lanceta*. 2011;[378:1339–53](#). Acessado
58. [Guralnick MJ](#). [Intervenção precoce](#) para crianças com deficiência intelectual: conhecimentos actuais e [perspectivas futuras](#). *J Appl Res Intellect Disabil*. 2005;[18:313–24](#).



59. McConachie H, Huq S, Munir S, Ferdous S, Zaman S, Khan NZ. Um ensaio clínico randomizado e controlado de modos alternativos de prestação de serviços para crianças pequenas com paralisia cerebral em Bangladesh. *J Pediatr*. 2000;137:769–76.
60. Inovação na desinstitucionalização: uma pesquisa com especialistas da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014.
61. Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. As consequências económicas da desinstitucionalização dos serviços de saúde mental: ensinamentos de uma revisão sistemática da experiência europeia. *Comunidade de Cuidados de Saúde Soc*. 2011;19:113–25.
62. Ministério da Saúde da Argentina. Acompanhamento dos processos de atenção e adaptação dos hospitais neuropsiquiátricos públicos da província de Buenos Aires. Relatório do Ano 2021. 2021.
63. Organização Mundial da Saúde. Integrando a saúde mental na atenção primária: uma perspectiva global. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>, acessado em novembro de 2022).
64. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M et al. Tratamento e prevenção de transtornos mentais em países de baixa e média renda. *Lanceta*. 2007;370:991–1005. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61240-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61240-9).
65. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE program of the World Health Organization. *Psiquiatria Mundial*. 2005;4:37.
66. Chatterjee S, Chowdhary N, Pednekar S, Cohen A, Andrew G, Araya R et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. *Psiquiatria Mundial*. 2008;07:39.
67. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H, Jamison DT et al., editores. Transtornos mentais. In: *Doenças control prioridades nos países em desenvolvimento*. Washington DC: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento/Banco Mundial. Oxford University Press; Em 2006.
68. Chisholm D, Lund C, Saxena S. Os custos de ampliação da saúde mental estão em países de baixa e média renda. *Br J Psychiatr*. 2007;191:528–35. doi: 10.1192/bjp.bp.107.038463.
69. Organização Mundial da Saúde e UNICEF. Relatório global sobre tecnologia assistiva. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://www.who.int/publications/item/9789240049451>, acessado em novembro de 2022).
70. Os projectos destinam-se ao desenvolvimento precoce da criança: um quadro para ajudar as crianças a sobreviver e a transformar o potencial humano e o desenvolvimento humano. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018.
71. *World mental health report: transforming saúde mental para todos*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.
72. *Guidance on serviços comunitários de saúde: promoção de pessoas centradas e baseadas nos direitos de pessoas*. Genebra: World Health Organization; 2021.
73. Rotenberg S, Rodriguez Gatta D, Wahedi A, Loo R, McFadden E, Ryan S. Disability training for health workers: a global evidence synthesis. *Disabil Saúde J*. 2022;15:101260. DOI: 10.1016/j.dhjo.2021.101260.
74. Shakespeare T, Kleine I. Educar os profissionais de saúde sobre a deficiência: uma revisão dos intervenções. *Health Soc Care Educ*. 2013;2:20–37. doi: 10.11120/hsce.2013.00026.

75. Doebrich A, Quirici M, Lunsford C. COVID-19 e a necessidade de educação, treinamento e prática médica conscientes da deficiência. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13:393–404. DOI: 10.3233/prm-200763.
76. Shakespeare T, Iezzoni LI, Groce NE. *Lanceta.* 2009;374:1815–6.
77. CBM. Inclusão de pessoas com deficiência na preparação e resposta à COVID-19. Recursos de Desenvolvimento Inclusivo para Pessoas com Deficiência; 2020.
78. Chandan P, Kirschner KL, Prokup J, Blauwet CA. Demonstrando o papel vital da fisioterapia em todo o continuum de cuidados de saúde: lições aprendidas com os impactos da pandemia de COVID-19 na comunidade de pessoas com deficiência. *PM R.* 2021;13:589–98. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/pmrj.12611>.
79. [Houtrow A, Harris D, Molinero A, Levin-Decanini T, Robichaud C.](#) Crianças com deficiência nos Estados Unidos e a pandemia de COVID-19. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13:415–24. DOI: <https://dx.doi.org/10.3233/PRM-200769>.
80. [Ch e n B, McNamara DM.](#) Discriminação por deficiência, racionamento médico e COVID-19. *Asian Bioeth Rev.* 2020;12:511–8. doi: 10.1007/s41649-020-00147-x.
81. [Kendall E, Ehrlich C, Chapman K, Shirota C, Allen G, Gall A](#) et al. Implicações imediatas e a longo prazo da pandemia de COVID-19 para pessoas com deficiência. *Am J Saúde Pública.* 2020;110:1774–9. doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2020.305890>.
82. [Majnemer A, McGrath PJ, Baumbusch J, Camden C, Fallon B, Lunskey Y](#) et al. Tempo a ser contado: COVID-19 and intelectual and developmental disability-an RSC policy briefing. *Facetas.* 2021;6:1337–89. doi: 10.1139/facetas-2021-0038.
83. [McBain H, Mulligan K, Lamontagne-Godwin F, Jones J, Haddad M, Flood C](#) et al. Implementação de cuidados de diabetes tipo 2 remediados para pessoas com doença mental grave – uma avaliação qualitativa com profissionais de saúde. *BMC Psiquiatria.* 2016;16:222.
84. [Ganle JK, Otopiri E, Obeng B, Edusie AK, Ankomah A, Adanu R.](#) Desafios que as mulheres com deficiência enfrentam no acesso a cantar e no uso de serviços de saúde materna em Gana: um estudo qualitativo. *Plos Um.* 2016;11.
85. [Smeltzer SC, Mitra M, Long-Bellil L, Iezzoni LI, Smith LD.](#) Experiências de clínicos obstétricos e preparação educacional para cuidar de gestantes com deficiência física: um estudo qualitativo. *Disabil Saúde J.* 11:8–13.
86. [Guerin BM, Payne DA, Roy DE, McPherson KM.](#) "It's just so bloody hard": recomendações para melhorar os serviços de saúde e de maternidade para mulheres com deficiência. *Disabil Rehabil.* 2017; 39:2395–403.
87. [Mitra M, Akobirshoev I, Moring NS, Long-Bellil L, Smeltzer SC, Smith LD](#) et al. Acesso e satisfação com os cuidados pré-atais entre mulheres grávidas com deficiências físicas: resultados de uma pesquisa nacional. *J Saúde da Mulher.* 26:1356–63.
88. [Bailey DB Jr, Ventura LO.](#) O provável impacto da síndrome Zika congênita nas famílias: considerações para os apoios e serviços familiares. *Pediatrics.* 2018;141:S180–S7. doi: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-2038G>.



89. de Melo APL, Lyra T, Araújo TVB, Albuquerque MSV, Valongueiro S, Kuper H. "A vida está me levando aonde eu preciso ir": ruptura biográfica e novos arranjos na vida de mulheres cuidadoras familiares de crianças com síndrome congênita de Zika em Pernambuco, Brasil. *Vírus*. 2020;12:1410. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/v12121410>.
90. [Abraçoes NA, Anderson G](#). A experiência da pandemia de COVID-19 em um [serviço de dificuldades de aprendizagem do Reino Unido](#): perdido em um mar de variáveis em constante mudança – uma perspectiva. *Int J Dev Disabil*. 2020;68:374–77. doi: 10.1080/20473869.2020.1773711.
91. [Conselho Nacional de Deficiência dos Estados Unidos](#). Quadro de equidade em saúde para pessoas com [deficiência](#). 20 22.
92. [Organização Mundial da Saúde](#) e Fundo de População das Nações Unidas. Promoção da educação sexual e [reprodutiva](#) para pessoas com deficiência: nota de orientação da OMS/UNFPA. Genebra: Organização [Mundial da Saúde](#); 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44207>, acessado em novembro de 2022).
93. [Programa NCS](#). Cuidados de saúde das mulheres com deficiência. Ryde: Centro de Estudos [de Habilidades de Desenvolvimento](#)Dis; Em 2013.
94. [Albuquerque MSV, Tereza ML, Melo AP, Valongueiro SA, Araújo TV, Pimentel C et al](#). Acesso à assistência à saúde [de crianças](#) com síndrome congênita de Zika no Brasil: perspectivas de mães e [profissionais de saúde](#). *Plano de Política de Saúde*. 2019;34:499–507. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/heapol/czz059>.
95. [Freitas PS, Soares GB, Mocelin HJ, Lamonato LC, Sales CM, Linde-Arias AR et al](#). Como [as mães se sentem? Vida com crianças com síndrome congênita de Zika](#). *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;148 Suppl 2:20–8. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13044>.
96. [Tracy J, McDonald R](#). Saúde e deficiência: [parcerias](#) em cuidados de saúde. *J Appl Res Intellect Disabili*. 2015; 28:22–32.
97. [Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial](#). [World](#) relatório sobre deficiência. Genebra: Órgão Mundial [da Saúde](#); 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>, acessado em 20 a 22 de novembro).
98. [Ellsberg M, Jansen HAF, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, Team WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women](#). Violência íntima e saúde física e mental das mulheres no estudo multiprofissional [da OMS sobre a saúde das mulheres e aviolência mestiça: um estudo observacional](#). *Lancet*. 2008;371:1165–72. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X).
99. [Dune TM](#). Sexualidade e deficiência física: [Explorando as barreiras e soluções em relação aos cuidados sexuais](#). *Sex Disabil*. 2012;30:247–55.
100. [ReabilitaçãoR: chave para a saúde no século 21](#). [Organização Mundial da Saúde](#). 2017.
101. [Relatório sobre a audição](#). Genebra: Órgão Mundial da Saúde; 2021.
102. [Women's Refugee Commission](#). [Tomada de decisão e autodeterminação](#). Orientações sobre [inclusão da capacidade de inclusão dos parceiros de VBG no Líbano](#): gestão de casos de sobreviventes e em situação de risco, [crianças jovens com deficiência](#). [CMRI e UNICEF](#); 2018.
103. [Metts RL](#). [Questões de acessibilidade, tendências e recomendações](#) para o Banco Mundial. *Social protection discussion paper no. 0007*. [Banco Mundial](#); 20 00.
104. [UmusAID](#). [Accessibility Design Guide: Universal design principles for Australia's aid program](#), [Australian Government](#), p. 14. Em 2013.

1. Murray JJ, Hall WC, Snoddon K. A importância das línguas de sinais para as crianças surdas e suas famílias. *Ouçã J.* 2020;73:30–2.
2. Ministério do Investimento e Desenvolvimento Económico da Polónia. *Acessibilidade Plus: 2018–2025.* 2018.
3. Ministério da Criança e da Igualdade da Noruega. *Noruega universalmente projetada até 2025: o plano de ação do governo norueguês para o design universal e o aumento da acessibilidade 2009–2013.* Oslo: Ministério da Criança e da Igualdade da Noruega; Em 2009.
4. Hillgrove T, Blyth J, Kiefel-Johnson F, Pryor W. Uma síntese dos resultados de 'avaliações rápidas' da deficiência e da pandemia de COVID-19: Implicações para a coleta de dados de resposta e inclusão de deficientes. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:15. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18189701>.
5. Cho M, Kim KM. Efeito da exclusão digital em pessoas com deficiência durante a pandemia de COVID-19. *Disabil Saúde J.* 2022;15:101214. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101214>.
6. Bryant J, Holloway K, Lough O, Willitts-King B. Nota informativa: fazendo a ponte entre as divisões digitais e humanas durante a COVID-19. London: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute; 2020 (https://cdn.odi.org/media/documents/Bridging_humanitarian_digital_divides_during_Covid-19.pdf, acesso em novembro de 2022).
7. Castellanos-Torres E, Perez IC. Violência contra as mulheres com deficiência em times de COVID-19 e experiências de grupos de irmandade online. *Rev Esp Discapacidad-Redis.* 2020; 8:211–21. DOI: 10.5569/2340-5104.08.02.10.
8. Casswell J. As vidas digitais dos refugiados: como as populações deslocadas usam telefones mobile e what gets in the way. GSMA; 2019 (<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/70843.pdf>, accessed novembro 2022).
9. Órgão Mundial de Saúde e União Internacional de Telecomunicações. *Norma global WHO-ITU para acesso a serviços de telessaúde.* Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.
10. Courtenay K, Perera B. COVID-19 e as pessoas com deficiência intelectual: impactos de uma pandemia. *Ir J Psychol Med.* 2020;37:231–6.
11. Ministério da Saúde e Assuntos Oficiais; SALAR. *Visão para a saúde em linha 2025 – pontos de partida comuns para a digitalização dos serviços sociais e dos cuidados de saúde.* Estocolmo: Governo da Suécia; Em 2016.
12. Governo Australiano: Agência de Transformação Digital. *Transformação digital na estratégia 2018–2025.* Comunicação da Austrália (Agência de Transformação Digital); 2018.
13. Governo de Canada Justice Laws Website. *Accessible Canada Act.* (S.C. 2019, c. 10) (<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/A-0.6/>, acessado em novembro de 2022).
14. Comissão de Banda Larga para o Desenvolvimento Sustentável. *O futuro da saúde virtual e saúde. Impulsionar o acesso e a equidade através de políticas inclusivas.* 2022.
15. Bastawrous A, Rono HK, Livingstone IA, Weiss HA, Jordan S, Kuper H et al. Development and validation of a smartphone-based visual acuity test (peek acuity) for clinical practice and community-based fieldwork. *JAMA Oftalmológico.* 2015;133:930–7.
16. Wong WF, LaVeist TA, Sharfstein JM. Alcançar a equidade em saúde por design. *JAMA.* 2015;313:1417–8.

105. Kichloo A, Albosta M, Dettloff K, Wani F, El-Amir Z, Singh J et al. Telemedicina, a atual pandemia de COVID-19 e o futuro: uma revisão narrativa e perspectivas avançando nos EUA. *Fam Med Saúde Comunitária*. 2020;8:e000530.
106. Navas P, Amor AM, Crespo M, Wolowiec Z, Verdugo MA. Apoios para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento durante a pandemia de COVID-19 a partir de sua própria perspectiva. *Res Dev Disabil*. 2021;108:103813. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103813>.
107. Botelho FH. [Acessibilidade à tecnologia digital: barreiras virtuais, oportunidades reais](#). *Assist Technol*. 2021;33:27–34.
108. Rosenblum L, Chanes-Mora P, McBride C, Flewellen J, Nagarajan N, Nave Stawaz R et al. [Impacto da COVID-19 em adultos cegos ou com visão nos Estados Unidos](#). *Pesquisa* 2020. Fundação Americana para Cegos; 2020.
109. Varadaraj V, Guo X, Reed NS, Smith K, Boland MV, Nanayakkara AJ et al. Identificação de [pedidos de acessibilidade para pacientes](#) com deficiência através de um [questionário baseado em reconhecimento de](#) saúde eletrônico. *JAMA Netw Open*. 2022;5:e226555–e. doi: 10.1001/jama.networkopen.2022.6555.
110. Comissão [de Refugiados dos homens](#) Wo e Comitê Internacional de Resgate. Histórias de mudança: reforçar [a capacidade de inclusão das pessoas com deficiência](#) na programação da violência baseada no gênero (VBG). 2016.
111. Tanaser M, Pearce E, Krause S. "Nada sobre nós, sem nós": realização de atividades participativas [de pesquisa entre e](#) com pessoas com deficiência em ambientes nitários huma. *Ação Res*. 2018;16:280–98.
112. Vaughan C, Gill-Atkinson L, Devine A, Zayas J, Ignacio R, Garcia J et al. Enabling action: reflections [upon inclusive participatory research on health with women with disabilities in the Philippines](#). *Am J Community Psychol*. 2020;66:370–80.
113. UNHCR. [Emergency handbook: persons with disabilities](#). 2022 (<https://emergency.unhcr.org/entry/75627/persons-with-disabilities>, acessado em novembro de 2022).
114. World [Organização da Saúde](#). [Quadro de indicadores de medição dos cuidados de saúde primários: monitoring health systems through a primary health care lens](#). Anexo Web: especificações [técnicas](#). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.
115. [ICD-11 2022 release](#). 11ª [revisão da](#) Classificação Internacional de Doenças. Organização Mundial [Hühealth](#). 2022.
116. Hopfe M, Stucki G, Marshall R, Twomey CD, Ustun TB, Prodinger B. Capturando os [needs dos pacientes no casemix: uma revisão sistemática literata](#)ure sobre o valor de adicionar funcionamento em [formação em sistemas de reembolsos](#). *BMC Health Serv Res*. 2016;16:40. doi: 10.1186/s12913-016-1277-x.
117. Sahadevan S, Earnest A, Koh Y, Lee K, Soh C, Ding Y. Melhorando a [capacidade do modelo de roteamento g relacionado ao diagnóstico de explicar a permanência](#)de pacientes internados em medicina por meio da [variável ligada à função corporativas](#). *Ann Acad Med Singap*. 2004;33:614–22.
118. [Seventy-Quarto Mundial Saúde Assembly](#) WHA 74.8. O mais alto padrão atingível de [health para pessoas com deficiência](#). 20 21(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R8-en.pdf, acessado Novembro 2022).



x x

4. Recomendado princípios para implementação

O capítulo 3 do relatório recomenda 40 ações direcionadas para a deficiência em 10 áreas estratégicas do fortalecimento do sistema de saúde. Como cada país tem um contexto único, cada um escolherá ações específicas e únicas no qual concentrar seus esforços para alcançar um resultado ideal para a inclusão de pessoas com deficiência. Para apoiar o processo de identificação das áreas em que as ações são necessárias e implementar essas ações, a OMS está desenvolvendo um guia para a ação sobre inclusão de deficiência no setor de saúde. O guia de ação irá:

1. facilitar os processos de liderança e planejamento para a inclusão da deficiência no setor saúde;
2. Fornecer orientações práticas sobre a forma de implementar as 40 ações sobre a integração da deficiência no setor da saúde, tal como apresentado no Capítulo 3; e
3. apoiar o reforço da responsabilização pela inclusão das pessoas com deficiência no setor da saúde.

Independentemente das ações tomadas pelos países, certos princípios precisam ser aplicados (Figura 8). O capítulo 4 apresenta os princípios recomendados para a implementação para alcançar a equidade em saúde para as pessoas com deficiência. Estas devem ser seguidas por todos os parceiros do setor da saúde, independentemente de qual das ações específicas descritas no Capítulo 3 estejam a implementar.

Princípio Recomendado 1: Incluir a saúde equidade para pessoas com deficiência no centro de qualquer ação do sector da saúde

Esse princípio implica priorizar primeiro, em qualquer ação do setor saúde, os mais deixados para trás, como as pessoas com deficiência. No planejamento do financiamento, por exemplo, os direitos e as necessidades dos grupos mais desfavorecidos da população devem ser colocados em primeiro lugar. A adoção de uma abordagem da saúde baseada nos direitos humanos está no cerne deste princípio e implica uma mudança de mentalidade do setor da saúde e da forma como este opera. O princípio garante que as políticas, os programas e a sua implementação sejam todos orientados pelo respeito, proteção e cumprimento dos direitos humanos. Em particular, uma abordagem da saúde baseada em direitos humanos fornece estratégias e, portanto, luzes para abordar fatores que contribuem mais amplamente para as iniquidades em saúde, como práticas discriminatórias, relações de poder injustas ou determinantes mais amplos da saúde.

Para implementar os princípios recomendados, é necessário um forte compromisso e ações direcionadas. Embora os governos desempenhem o papel mais significativo,

outras partes interessadas também desempenham papéis importantes. As principais ações a tomar pelas partes interessadas são descritas nos pontos seguintes.

Os governos são encorajados a:

- tornar a equidade em saúde para as pessoas com deficiência uma prioridade política em saúde, criando as políticas e a legislação necessárias.
- aplicar políticas e legislações em matéria de deficiência de forma transparente e responsável.

Os prestadores de serviços e o setor privado são incentivados a:

- priorizar as pessoas com deficiência em políticas, planos estratégicos, investimentos e ações do setor saúde.
- garantir a acessibilidade nos serviços de saúde; e para os intervenções de saúde pública chegar a pessoas de todas as idades, incluindo pessoas com deficiência, sem discriminação.

Os investigadores de saúde são incentivados a:

- sempre investigar até que ponto as pessoas com deficiência e outras populações em situação marginalizada são alcançadas pelos serviços de saúde e intervenções de saúde pública.
- Assegurar que as ações corretivas para combater a desvantagem, a discriminação ou a exclusão sejam incluídas nas publicações e outros produtos de investigação.
- Assegurar uma investigação em saúde inclusiva e não discriminatória que integre o desenho universal em todas as suas fases e considere as prioridades das pessoas com deficiência.

As pessoas com deficiência e suas organizações representativas são incentivadas a:

- defender a priorização da inclusão da deficiência no setor da saúde.
- solicitar auditorias e sensibilizar para práticas discriminatórias e fatores que contribuem para as iniquidades em saúde no setor da saúde.

As agências das Nações Unidas e as organizações de desenvolvimento são encorajadas a:

- Priorizar as pessoas com deficiência e outras populações em situações marginalizadas nos investimentos do setor da saúde, no desenvolvimento e implementação de programas de ajuda e em todas as atividades nacionais relacionadas com a saúde.

- apoiar os países na identificação e remoção de práticas discriminatórias no setor da saúde e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência.

Princípio Recomendado 2: Garantir empoderamento e participação significativa das pessoas com deficiência e dos seus organizações representativas quando implementar qualquer ação do setor da saúde

O princípio de capacitar e envolver as pessoas com deficiência está enraizado no lema do movimento da deficiência: "nada sobre nós sem nós". O princípio envolve permitir que as pessoas com deficiência e suas organizações representativas participem da tomada de decisões estratégicas, incluindo o envolvimento na concepção, planejamento, desenvolvimento e prestação de serviços de saúde e intervenções de saúde pública, bem como no planejamento e implementação de respostas de emergência de saúde. As famílias e os prestadores de cuidados podem ser aliados importantes e devem empenhar-se de forma significativa em permitir que as pessoas com deficiência participem em todas as decisões relativas às suas vidas.

Os governos são encorajados a:

- Estabelecer um mecanismo entre o sector da saúde e a sociedade civil para consultar sistematicamente e incluir organizações representativas das pessoas com deficiência, a fim de informar a política e o desenvolvimento de programas.
- Assegurar a igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência serem membros ativos da força de trabalho da saúde e dos cuidados de saúde.

Os prestadores de serviços e o setor privado são incentivados a:

- conceber e implementar serviços de saúde em consulta com as pessoas com deficiência e as suas organizações representativas.
- criar oportunidades para que as pessoas com deficiência participem de forma tão ativa e tão igual quanto outras na prestação de serviços.

Os investigadores de saúde são incentivados a:

- envolver pessoas com deficiência na concepção, tomada de decisões e implementação de projectos de investigação.
- criar sistemas e processos que garantam que a participação das pessoas com deficiência seja tão igual à dos outros na força de trabalho de investigação.

As pessoas com deficiência e suas organizações representativas são incentivadas a:

- participar ativamente dos processos do setor de saúde e da tomada de decisões.
- sensibilizar e participar na formação dos profissionais de saúde sobre práticas inclusivas para a deficiência.

As agências das Nações Unidas e as organizações de desenvolvimento são encorajadas a:

- assegurar a participação das pessoas com deficiência e sua organização representativa em todo o trabalho operacional e programático das organizações.
- garantir uma cooperação internacional inclusiva e o desenvolvimento.

Princípio Recomendado 3: Monitorar e avaliar em que medida o setor da saúde ações estão levando à equidade em saúde para as pessoas com deficiência

Quaisquer que sejam as ações tomadas para promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência, um processo de monitoramento e avaliação bem planejado é fundamental para acompanhar o progresso e ajustar as ações à medida que o contexto evolui. Tal implica a recolha de informações sobre diferentes acções através de "indicadores" especificados que medem a extensão dos progressos realizados na consecução dos objectivos. O monitoramento e a avaliação também permitem que todo o sistema de saúde aprenda o que funciona e o que não funciona , para informar a melhoria constante.

Os governos são encorajados a:

- monitorar a realização do direito à saúde para as pessoas com deficiência.
- estabelecer políticas de saúde e sistemas de pesquisa informados pelos indicadores de monitoramento para promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência.

Os prestadores de serviços e o setor privado são incentivados a:

- monitorar se a prestação de serviços de saúde promove a equidade em saúde para pessoas com deficiência.
- contribuir ativamente com dados para obter uma melhor compreensão dos impulsionadores das iniquidades em saúde para pessoas com deficiência.

Os investigadores de saúde são incentivados a:

- defender a pesquisa em saúde que não seja discriminatória e que monitore até que ponto as pessoas com deficiência e outras populações em situação marginalizada são alcançadas.
- fornecer recomendações aos governos sobre medidas para abordar as iniquidades e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiências.

As pessoas com deficiência e suas organizações representativas são incentivadas a:

- colaborar e aconselhar os envolvidos no monitoramento e avaliação de serviços e processos no setor saúde.
- colaborar com pesquisadores para apoiar a pesquisa de políticas e sistemas de saúde que possam contribuir para abordar as iniquidades e promover a equidade em saúde para pessoas com deficiência.

As agências das Nações Unidas e as organizações de desenvolvimento são encorajadas a:

- Verificar se as pessoas com deficiências e outras populações em situação de marginalização são priorizadas nos investimentos no sector da saúde, no desenvolvimento e implementação de programas de ajuda e em todas as actividades nacionais relacionadas com a saúde.
- apoiar os países no acompanhamento dos serviços inclusivos.

Figura 8. Marco para promover a equidade em saúde das pessoas com deficiência por meio da APS



Anexo 1. Metodologia de revisão de escopo de literatura

Foram realizadas três revisões de escopo para informar as evidências apresentadas nos capítulos 2 e 3 do relatório. O referencial metodológico utilizado para eles é o de Arksey & O'Malley²¹ com cinco etapas: i) identificação das questões de pesquisa; ii) identificar estudos relevantes; iii) seleção do estudo; iv) traçar os dados; e v) compilar, resumir e relatar os resultados. Além disso, a OMS conduziu a sexta etapa opcional, "consulta", para identificar a literatura de pessoas com deficiência, representantes de organizações para pessoas com deficiência, agências da ONUe acadêmicos. Todas as revisões estavam em conformidade com as diretrizes internacionais de relatórios para síntese de evidências, conforme apropriado (PRISMA-ScR)²².

Revisão do escopo sobre o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde

A revisão de escopo teve como objetivo abordar duas pesquisas (QR): QVR1: Quais são as barreiras no acesso aos serviços de saúde vivenciados por pessoas com deficiência; e QR2: Quais intervenções têm sido implementadas nos serviços de saúde para abordar a equidade em saúde para pessoas com deficiência?

As buscas foram realizadas utilizando duas bases de dados: MEDLINE (Ovid) e Web of Science. A estratégia de busca foi enquadrada em torno da combinação de três conceitos principais: i) acessibilidade; ii) pessoas com deficiência; e iii) serviços de saúde. A lista de questões-chave para cada conceito foi desenvolvida utilizando MeSH (Medical Subject Headings; National Library of Medicine) e informado por outras revisões sobre tópicos semelhantes. Operadores booleanos, truncados, de proximidade foram usados para construir e combinar pesquisas, e ajustes foram implementados conforme necessário para levar em conta as funcionalidades específicas de cada banco de dados. Ambas as bases de dados foram pesquisadas em 13 de outubro de 2021, para entradas de 1º de janeiro de 2011 a 12 de outubro de 2021. A estratégia de busca aplicada ao PubMed pode ser encontrada no [Quadro A1.1](#).

²¹ Arksey H, O'Malley L. Estudos de escopo: rumo a um referencial metodológico. *Int J Social Res Methodol*. 2005;8:19-32.

²² <https://prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews>

Estratégia de busca para revisão do escopo sobre o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde

- 1 *exp* *Acessibilidade dos Serviços de Saúde*
- 2 *exp* *Disparidades de Cuidados de Saúde/*
- 3 *(Acessibilidade aos Serviços de Saúde ou Disparidades ou Acesso aos Serviços de Saúde* ou Barreira* ou Desafio* ou Igual* ou Equitativo* ou Excluir* ou Impedido* ou Inacesso* ou Inclusi* ou Inigual* ou Inigual* ou Inibir* ou Inibir* ou Inigual* ou Uptak* ou Utilis* ou Utiliz* ou Obstáculo*).ti,ab*
- 4 *exp* *Pessoas com Deficiência/*
- 5 *Deficiência Intelectual/*
- 6 *Deficiências de Desenvolvimento/*
- 7 *Amputados/*
- 8 *Crianças Deficientes/*
- 9 *Pessoas com Deficiência Mental/*
- 10 *Doentes Mentais/*
- 11 *Persons com deficiência auditiva/*
- 12 *Pessoas com Deficiência Visual/*
- 13 *Dificuldades de Aprendizagem/*
- 14 *Perda Auditiva/*
- 15 *Surdez/*
- 16 *Cegueira/*
- 17 *(Pessoas com Deficiência ou Deficiência Intelectual ou Deficiências de Desenvolvimento ou Amputados ou Crianças com Deficiência ou Pessoas com Deficiência Mental ou Doentes Mentais ou Pessoas com Deficiência Auditiva ou Deficientes Visuais ou Dificuldades de Aprendizagem ou Perda Auditiva ou Surdez ou Cegueira).ti,ab.*
- 18 *((Acústica ou Cognitiva* ou Comunicação ou Desenvolvimento* ou Ouvido* ou Olho* ou Audição ou Intelectual* ou Invisível ou Linguagem ou Aprendizagem ou Mental* ou Saúde Mental ou Mobil* ou Motor ou Neurodesenvolvimento* ou Neuro-desenvolvimento ou Neurológico* ou Físico* ou Psiquiátrico ou Psicológico* ou Psicossocial* ou Sensorial ou Fala ou Visão ou Visual*) adj1 (Deficiente* ou Atraso* ou Difícil* ou Inabilitação* ou Deficiente ou Deficiente* ou Doente* ou Deficiência* ou Deficiência* ou Deficiência* ou Perda ou Retardo*).ti, Ab.*
- 19 *((Adolescente* ou Adulto* ou Criança* ou Homens ou Pessoas ou Pessoa* ou Adolescente* ou Mulheres) um dj3 (Deficiência* ou Deficiente ou Deficiente* ou Deficiente* ou Surdo ou Cego)).ti,ab.*
- 20 *Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência/*

21 *Serviços de Saúde /*
22 *Atenção Primária à Saúde/*
23 *Serviços Comunitários de Saúde/*
24 *Serviços de Saúde Reprodutiva/*
25 *Serviços de Planejamento Familiar/*
26 *Serviços de Saúde Materna/*
27 *Serviços de Saúde Infantil/*
28 *Serviços de Saúde do Adolescente/*
29 *Serviços de Saúde Mental/*
30 *Reabilitação Psiquiátrica/*
31 *Reabilitação/*
32 *Serviços de Saúde Ocupacional/*
33 *Fonoaudiologia/*
34 *Terapia da Linguagem/*
35 *Instalações de Cuidados contra o Câncer/*
36 *Reabilitação Cardíaca/*
37 *Reabilitação Neurológica/*
38 *Reabilitação de AVC/*
39 *((Comunidade ou Primária ou Geral ou Sexual ou Reprodutiva ou (Sexual e reprodutiva) ou SRH ou Contraceptiva* ou Pré-natal ou Pós-natal ou Maternidade ou Planejamento Familiar ou Ginecolo* ou Obstétrica ou Gravidez ou Obstetrícia ou Materna ou Recém-nascida ou Infant* ou Bab* ou Criança* ou Adolescente ou Pediátrica ou Mulheres ou Mãe* ou Família ou Mental ou Psiquiátrica ou Psiquiatria ou Psicológica ou Psicopatologia ou Psicoterapia ou Reabilitação ou Fisioterapia ou Terapia Ocupacional ou Fonoaudiologia ou Terapia da Linguagem ou Doença Não Transmissível* ou Doença Não Transmissíveis* ou Diabetes ou Câncer ou Oncólogo* ou Quimioterapia ou Radioterapia ou Cardíaca ou Cardiovascular ou Cardiologista* ou Neurológica ou Acidente Vascular Cerebral* ou Respiratória) adj1 (Serviço de Saúde* ou Assistência à Saúde ou Saúde ou Serviço de Cuidados ou Cuidados* ou Serviço*).ti, Ab.*
40 *1 ou 2 ou 3*
41 *4 ou 5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 ou 12 ou 13 ou 14 ou 15 ou 16 ou 17 ou 18 ou 19*
42 *20 ou 21 ou 22 ou 23 ou 24 ou 25 ou 26 ou 27 ou 28 ou 29 ou 30 ou 31 ou 32 ou 33 ou 34 ou 35 ou 36 ou 37 ou 38 ou 39*
43 *40 e 41 e 42*
44 *limite 43 a ano="2011 -Atual"*

Para a identificação da literatura cinzenta, seguiram-se os seguintes passos:

- A criação de um inquérito em linha que foi distribuído a grupos consultivos académicos e da sociedade civil com pedido de fontes de literatura cinzenta.
- Uma revisão das listas de referências de fontes recomendadas de literatura cinzenta e as encontradas na base de dados de publicações.
- Uma pesquisa de sites de organizações-chave de pessoas com deficiência.
- Pesquisas através de um motor de pesquisa na Web para sítios Web relevantes da sociedade civil e relatórios/documentos de política.

Os critérios de inclusão foram definidos para representar uma gama de perspectivas ao longo de um período de 10 anos. Vários tipos de publicações foram incluídos (artigos de periódicos revisados por pares; estudos qualitativos, quantitativos e de método misto; revisões sistemáticas; e relatórios produzidos por organizações e governos) para capturar as vozes de diferentes partes interessadas e identificar temas-chave e tendências no campo. Foram incluídas publicações de 2011 até a presente data, sendo o limiar de 2011 escolhido especificamente devido à publicação do *Relatório Mundial sobre Deficiência*, que relatou a literatura publicada antes de 2011. As publicações eram elegíveis se documentassem as barreiras percebidas ou medidas de acesso aos serviços de saúde e as intervenções que visam os laços de saúde incompatíveis com as pessoas com deficiência na prestação de serviços de saúde.

A pesquisa resultou num total de 11 858 resultados; 9440 resultados permaneceram após a eliminação de duplicação. Após a triagem do título e do resumo, os revisores identificaram 736 e 754 publicações elegíveis para revisão de texto completo, abordando, respectivamente, RQ1 (barreiras) e RQ2 (intervenções).

Revisão do escopo sobre a inclusão de pessoas com deficiência em emergências de saúde

Esta revisão de escopo tem como objetivo abordar três questões de pesquisa: RQ1: Como as emergências de saúde afetam as pessoas com deficiência, quais são as barreiras que elas enfrentam em diferentes tipos e fases de emergências de saúde e quais são os resultados dessas barreiras nos níveis pessoal, doméstico e comunitário?

RQ2: Como as emergências de saúde consideram a deficiência incluem as pessoas com deficiência, e quais são as estratégias ou abordagens mais comuns para a inclusão da deficiência em diferentes tipos e fases de emergências de saúde; e

RQ3: Quais são as lacunas e oportunidades para reforçar a inclusão da deficiência nas emergências de saúde?

Foram pesquisadas duas bases de dados: MEDLINE (Ovid) e Web of Science, para artigos publicados nos últimos 10 anos. Os termos de pesquisa incluíram "deficiência",

"acesso", "inclusão", "emergência de saúde", "pandemia ou epidemia", "surto", "COVID-19" ou "coronavírus", "Zika" e "Ébola", com operadores booleanos adequados e truncamento para construir e combinar pesquisas para estes termos (ver [caixa A1.2](#)). Os artigos incluídos foram incluídos se discutissem os principais conceitos relacionados ao impacto das emergências de saúde nas pessoas com deficiência, barreiras ao acesso e inclusão em respostas de emergência, bem como estratégias para promover a inclusão de pessoas com deficiência nessas respostas. Foram excluídos os estudos artísticos, resumos de conferências e editoriais que não apresentavam evidências substanciais relacionadas às experiências de pessoas com deficiência, bem como aqueles focados em intervenções clínicas específicas para pessoas com deficiência. A pesquisa bibliográfica acadêmica foi complementada com uma pesquisa de literatura cinzenta, incluindo COVID-19 e outros planos de resposta a emergências de saúde, relatórios de pesquisa organizacional e recomendações de organizações de pessoas com deficiência. Um pequeno número de artigos também foi localizado através da revisão de listas de referência de artigos-chave acadêmicos.

Estratégia de busca para revisão do escopo sobre inclusão de pessoas com deficiência em emergências de saúde

1 (disab* e "emergência de saúde*).mp. [mp=título, resumo, título original, nome da palavra substância, palavra do título do sujeito, palavra do subtítulo flutuante, palavra do título da palavra-chave, palavra conceito suplementar do organismo, palavra conceito suplementar protocolo, palavra conceito suplementar doença rara, identificador único, sinónimos]

2 (disab* e saúde e emergência*).m_titl.

3 (disab* e (pandemia* ou epidemia*)).m_titl.

4 (disab* e (zika ou ebola)).mp. [mp=título, resumo, título original, nome da palavra substância, palavra do cabeçalho do assunto, palavra do subtítulo flutuante, palavra do título da palavra-chave, palavra conceito suplementar do organismo, palavra conceito suplementar do protocolo, palavra conceito suplementar da doença rara, identificador único, synonyms]

5 (disab* e surto*).mp. [mp=título, resumo, título original, nome da palavra substância, palavra do título do sujeito, palavra do subtítulo flutuante, palavra do título da palavra-chave, palavra conceito suplementar do organismo, palavra conceito suplementar do protocolo, palavra conceito suplementar da doença rara, identificador único, sinónimos]

6 *Pessoas com Deficiência/

7 (acesso* ou inclusão).mp. [mp=título, resumo, título original, nome da palavra substância, palavra do cabeçalho do assunto, palavra do subtítulo flutuante, palavra do título da palavra-chave, palavra conceito suplementar organism, palavra conceito suplementar protocolo, palavra conceito complementar doença rara, identificador único, sinónimos]

8 "emergências de saúde".mp.

9 6 e 7 e 8

10 (COVID* ou coronavírus).m_titl.

11 disab*.m_titl.

12 10 e 11

13 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 9 ou 12

14 limite 13 a (ano='2011-corrente)'

Um total de 569 artigos foram identificados por meio de buscas acadêmicas, dos quais 242 foram incluídos na revisão de escopo. Desses 242 artigos, a grande maioria – 86% – se concentrou na pandemia de COVID-19, seguida pelo surto de Zika (9%) e, em seguida, uma série de emergências de saúde relacionadas a outros surtos de doenças infecciosas ou desastres (4%). A maioria dos artigos sobre a COVID-19 incluídos (92 de 209) centrou-se em como a pandemia afetou a saúde das pessoas com deficiência e / ou como as pessoas com deficiência foram mais amplamente afetadas pela crise (82 de 209). Um número menor de pessoas se concentrou na educação, no emprego e na proteção social, e no apoio no contexto da COVID-19. É importante notar que a maioria das evidências empíricas apresentadas nesses artigos é de países de alta renda. Apenas 17 artigos tinham um foco específico em países de renda média.

A partir da pesquisa bibliográfica cinza, foram identificadas 130 publicações por meio de buscas em sites e bases de dados organizacionais, especificamente: International Disability Alliance; AskSource; Inclusão de Deficiência Helpdesk; Recursos de Desenvolvimento Inclusivo para Pessoas com Deficiência; Centro Internacional de Evidências em Deficiência; Cluster de Saúde; Instituto de Estudos de Desenvolvimento e site de Emergência de Saúde da OMS. Dessas 130 publicações, a maioria foi focada em emergências de saúde causadas pela pandemia de COVID-19 (65%), seguidas por crises humanitárias e de conflito (28%), desastres (5%) e, por último, o surto de Zika (2%). Essas publicações incluíram relatórios de pesquisa (50 publicações), orientações operacionais (44 publicações), resposta a emergências de saúde planos ou relatórios (8 publicações) e um pequeno número de comentários/relatórios de reuniões de peritos (5 publicações). Depoimentos de uma diversidade de organizações da sociedade civil, particularmente relacionados à inclusão de pessoas com deficiência na resposta à COVID-19 (20p) também foram propositalmente amostrados. Três declarações adicionais foram incluídas de agências da ONU, órgãos de tratados e governos doadores.

Revisão do escopo sobre o acesso a intervenções de saúde pública para pessoas com deficiência

Esta revisão de escopo tem como objetivo abordar duas questões de pesquisa: QR1: identificar as barreiras experimentadas por pessoas com deficiência no acesso a iniciativas de saúde pública; e QR2: identificar intervenções para inclusão de deficiência em intervenções de saúde pública.

Foi realizada uma busca sistemática nas duas bases de dados a seguir: MEDLINE (Ovid) e Web of Science. Além disso, um processo para explorar a literatura cinzenta foi estabelecido e incluiu as seguintes etapas:

- A criação de uma pesquisa on-line circulou para grupos consultivos acadêmicos e da sociedade civil com o pedido de fontes de literatura cinzenta.
- Uma revisão das listas de referências de fontes recomendadas de literatura cinzenta e fontes encontradas na base de dados de publicações.
- Uma pesquisa de sites de organizações-chave de pessoas com deficiência.
- Pesquisas utilizando um motor de pesquisa na Web para sítios Web relevantes da sociedade civil e relatórios/documentos políticos.

A estratégia de busca foi enquadrada em torno dos seguintes três conceitos principais: i) barreiras e intervenções para a acessibilidade; ii) pessoas com deficiência; e iii) iniciativas de saúde pública. As palavras-chave utilizadas nas buscas foram desenvolvidas utilizando MeSH (Medical Subject Headings used by the National Library of Medicine to index articles) ou títulos equivalentes, bem como de outras revisões sobre temas semelhantes. Operadores booleanos, truncados e de proximidade foram utilizados para construir e combinar buscas para os principais conceitos, e ajustes foram implementados conforme necessário para bancos de dados individuais. A estratégia de busca aplicada na Web of Science pode ser encontrada no [Quadro A1.3](#).

Foi incluída a literatura publicada desde 2011. Foram utilizados estudos ou documentos que incluam as perspectivas das pessoas com deficiência e de outras partes interessadas (por exemplo, prestadores de cuidados, prestadores de serviços, decisores políticos) e todas as metodologias (resultados qualitativos e quantitativos) foram consideradas. Foram excluídos os estudos que não avaliam uma intervenção de saúde pública definida ou o impacto das intervenções de saúde pública em pessoas com deficiências.

Um total de 4584 artigos sem duplicatas foram identificados e triados, e 53 referências foram incluídas e referenciadas no relatório. A maioria destes artigos foi realizada em países de alta renda, principalmente na Austrália, no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte e nos Estados Unidos da América. Além disso, 12 fontes foram identificadas por meio de uma pesquisa bibliográfica cinza.

Estratégia de busca para revisão de escopo sobre o acesso a intervenções de saúde pública para pessoas com deficiência

1 Cegueira ou Surdez (Tópico)

2 "pessoas com deficiência*" ou "pessoas com deficiência" (Tópico)

3 (TS=("pessoa* com incapacidade*" ou "pessoa com deficiência*")) OU TS=("deficiência física*" ou "incapacidade psicossocial*" ou "incapacidade física*" ou "incapacidade mental*" ou "incapacidade sensorial*")

4 TS=("pessoa com deficiência*")

5 TS=("Incapacidade Intelectual*")

6 TS=("incapacidade de desenvolvimento *")

7 TS=(Amputado*)

8 TS=("Criança Deficiente*")

9 TS=("Pessoa* com Incapacidade Mental*")

10 TS=("Pessoa Mentalmente Doente*")

11 (((TS=("Pessoa* com Deficiência Auditiva*")) OU TS=("Pessoa com Deficiência Visual*")) OU TS=("Incapacidade de Aprendizagem*") OU TS=("Perda de Hearing") OU TS=(Surdez)

12 TS=(Demência ou "Incapacidade Intelectual*" ou "Perda Auditiva" ou esquizofrenia*)

13 TS=((Adolescente* ou adulto* ou criança* ou homens ou pessoas ou pessoa* ou adolescente* ou mulheres) perto/3 (incapacidade* ou deficiência ou deficiência* ou deficiência* ou surda ou cego))

14 ((((((((((2) OU #3) OU #4) OU #5) OU #6) OU #7) OU #8) OU #9) OU #10) OU #11) OU #12) OU #13

15 (TS=("saúde pública" quase/3 intervenção*)) OU TS=("intervenção de saúde pública*")

16 TS=((obesidade ou obesidade) próximo/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))

17 (TS=("Promoção da saúde")) OU TS=(Comportamento em saúde?r)

- 19 TS=(("acidente de trânsito*" ou afogamento* ou ferimento*) PERTO/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 20 (TS=("saúde pública" quase/3 estrategista*)) OU TS=("saúde pública" quase/3 campanha*)
- 21 TS=((álcool ou tabagismo ou tabaco ou cessação ou substância ou droga ou autoexame ou "exame das mamas" ou triagem) NEAR/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 22 TS=((flúor ou oral ou odontológico) quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 23 TS=((vacina? ou imunização) quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 24 TS=((violência ou "violência doméstica") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 25 TS=(hipertensão próxima/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 26 TS=((dieta ou nutrição ou exercício ou "atividade física" ou sedentário ou fitness) próximo/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 27 TS=(("poluição do ar") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estrategista* ou política ou políticas ou campanha*))
- 28 TS=(("água potável" ou saneamento ou WaSH ou "insegurança hídrica" ou "água, saneamento e higiene") perto/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 29 TS=((habitação ou "habitação sustentável") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 30 TS=(("suprimento de alimentos" ou "segurança alimentar") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 31 TS=((life-style) near/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 32 TS=(("literacia em saúde" ou "comunicação em saúde") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 33 TS=((açúcar) próximo/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))
- 34 TS=("modificação do comportamento" ou "mobilização comunitária" ou "determinante* da saúde" ou "determinante da

36 TS=((("ambiente* mudança" ou "ambiente saudável*") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*)))

37 TS=((("Programa de saúde*" ou "Educação em saúde" ou "Comunicação em saúde" ou "Defesa da saúde" ou "intervenção em saúde" ou "intervenção social" ou "Campanha social*") quase/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*)))

38 TS=((gênero ou etnia* ou raça ou pobreza) próximo/3 (intervenção* ou programa* ou estratégia* ou política ou políticas ou campanha*))

39 (((((((((((((((((((((#15) OU #16) OU #17) OU #18) OU #19) OU #20) OU #21) OU #22) OU #23) OU #24) OU #25) OU #26) OU #27) OU #28) OU #29) OU #30) OU #31) OU #32) OU #33) OU #34) OU #35) OU #36) OU #37) OU #38

40 TS=(Inigualit* ou "saúde para todos" ou "exclusão relacionada à saúde*" ou excluir* ou incluir* ou "disparite de saúde*" ou "disparit de saúde*" ou "equitação de saúde*" ou equit* ou inequite* ou vulnerável ou díspar* ou lacuna* ou acesso ou barreira ou desafio* ou igual* ou obstáculo* ou impedido* ou inacesso* ou inibir*)

41 ((#14) E #39) E #40

Anexo 2. Processo de consulta

O Relatório Global da OMS sobre Equidade em Saúde para Pessoas com Deficiência foi elaborado em estreita consulta com os Estados-Membros; a sociedade civil, incluindo as pessoas com deficiência e as suas organizações representativas; Entidades da ONU e todos os escritórios regionais da OMS; e uma série de partes interessadas do setor da saúde, incluindo o meio académico, os profissionais de saúde e os especialistas em desenvolvimento. Um total de 24 atividades de consulta foram conduzidas envolvendo mais de 1.250 partes interessadas.

Esta secção fornece uma descrição pormenorizada das actividades de consulta empreendidas durante o desenvolvimento do relatório. O quadro A2.1 apresenta um resumo dos grupos de partes interessadas visados por diferentes atividades de consulta. Mais informações sobre as metodologias adotadas para estudos de prevalência, análise econômica e revisões de escopo podem ser encontradas nos anexos 1, 3 e 4.

Quadro A2.1: Resumo das actividades de consulta

	Reuniões de Atividade de Consulta / Cronograma
Fórum sobre a Inclusão da Deficiência no Sector da Saúde	Quatro webinars de setembro a dezembro de 2021.
Grupo técnico	Três reuniões a partir de outubro de 2021 – Setembro de 2022.
Grupo da sociedade civil	Três reuniões a partir de outubro de 2021 – Setembro de 2022.
Consultas regionais	Seis consultas de março a junho de 2022.
Consultas globais	Três diálogos em junho de 2022.
Consultas internas da OMS	Duas reuniões de maio a setembro de 2022.
Consulta do ponto focal da ONU	Uma reunião em julho de 2022.
Sessão de Informação dos Estados-Membros	Duas reuniões – uma em outubro de 2021 e outra em setembro de 2022.
Total	de 24 reuniões realizadas

Métodos de consulta

A OMS consultou as partes interessadas nos níveis global, regional e nacional por meio de reuniões on-line e presenciais e compartilhando rascunhos para revisão e feedback. Os recursos de acessibilidade fornecidos incluíam interpretação em linguagem de sinais, legendagem e produção de documentos em idiomas da ONU e formatos de fácil leitura .

Atividades de consulta

As atividades de consulta abrangeram todo o processo de desenvolvimento do relatório, informando as primeiras estruturas conceituais, até a validação dos resultados da pesquisa e, em seguida, a revisão detalhada do rascunho e o feedback.

Fórum global sobre a inclusão das pessoas com deficiência no sector da saúde

Após a Resolução 74.8 da Assembleia Mundial da Saúde (WHA) para um relatório global e colaboração entre as partes interessadas relevantes, a OMS e os parceiros com deficiência organizaram uma série de fóruns para estabelecer uma narrativa comum entre os atores da deficiência sobre a inclusão da deficiência no setor da saúde. Foram realizados quatro fóruns na série centrada na cobertura universal de saúde, no reforço do sistema de saúde, nas intervenções de saúde pública e nas emergências de saúde. No total, 597 participantes localizados em 68 países se juntaram a eles. Foram incluídas apresentações de especialistas internacionais, discussões facilitadas para que os participantes compartilhassem lições aprendidas e experiências de seus países e grupos de trabalho para desenvolver mensagens de defesa para o setor de saúde. Esta série de fóruns facilitou a criação de redes críticas com a comunidade mais ampla de pessoas com deficiência e entre os parceiros do sector da saúde, mobilizando o seu apoio para se envolverem em actividades posteriores do desenvolvimento do relatório.

Grupos técnicos e da sociedade civil

A OMS estabeleceu dois grupos de especialistas que foram consultados em diferentes estágios de desenvolvimento do relatório, inclusive no projeto da estrutura conceitual e estrutura, validando a metodologia e as descobertas do escopo e, posteriormente, o feedback sobre o conteúdo e as mensagens-chave. O grupo técnico (17 participantes) incluiu acadêmicos proeminentes e especialistas em políticas que trabalham no campo da saúde e deficiência e têm um histórico de seu trabalho, por exemplo, através de publicações. O grupo da sociedade civil (12 participantes) representou as principais organizações internacionais da sociedade civil que trabalham no terreno, incluindo as que representam as pessoas com deficiência. Para ambos os grupos, os membros foram seleccionados com base na sua experiência, geografia (por exemplo, representação de todas as regiões da OMS), sexo e idade. Foram realizadas três reuniões com o grupo técnico e três reuniões com o grupo da sociedade civil. Algumas reuniões foram repetidas duas vezes para facilitar a participação desses membros em uma variedade de fusos horários. Os rascunhos do relatório também foram compartilhados com esses grupos por suas contribuições e feedback.

Sessão de informação dos Estados-Membros

Os Estados-Membros, através das missões da ONU em Genebra, foram convidados para duas sessões de informação em que a estrutura e, posteriormente, as principais conclusões e recomendações do relatório foram partilhadas para o seu feedback. Pelo menos 26 Estados-Membros encerraram estas sessões de informação, com muitos a fornecerem feedback escrito adicional sobre a revisão do projecto completo.

Consultas regionais

Outro passo crítico no processo de consulta foi envolver os Estados-Membros e os parceiros de desenvolvimento das regiões, dando voz à gama de países e contextos onde as pessoas com deficiência vivem e recebem serviços de saúde. Uma série de consultas regionais foram conduzidas, lideradas pelos escritórios regionais da OMS, para buscar feedback sobre as análises e recomendações do relatório; criar impulso para a implementação das recomendações do relatório; e promover a inclusão da deficiência no setor de saúde como uma prioridade para os Estados-Membros e parceiros de desenvolvimento. Foram realizadas seis consultas – uma em cada região da OMS (African Region; Região das Américas; Região do Sudeste Asiático; Região Europeia; Região do Mediterrâneo Oriental; e Região do Pacífico Ocidental) – envolvendo pelo menos 283 partes interessadas. Essas consultas também serviram como um ponto de entrada para identificar exemplos e estudos de caso a serem incluídos no relatório.

Consultas internas da OMS

Colegas da OMS em todos os três níveis da organização foram envolvidos em diferentes pontos do processo de consulta. Foram realizadas duas reuniões internas para partilhar a estrutura global do relatório, as conclusões do âmbito de aplicação e o conteúdo pormenorizado, as mensagens-chave e as recomendações. Os colegas da OMS desempenharam um papel importante no posicionamento da inclusão da deficiência na equidade em saúde mais ampla e nas estruturas e iniciativas para a saúde sistemas de reforço.

Reunião de consulta do ponto focal da ONU

Também foi realizada uma reunião de consulta com pontos focais de deficiência e saúde em outras agências da ONU. Um total de 13 entidades da ONU participaram na reunião, que forneceu uma visão geral do relatório e dos resultados em evolução para o seu feedback e colaboração futura. Esta reunião proporcionou o que foi apropriado

briefings e perguntas respondidas para apoiar a revisão e a apresentação de feedback escrito dos parceiros da ONU sobre o projeto de relatório.

Diálogos globais da sociedade civil

Para além das consultas regionais, uma série de diálogos com a sociedade civil deu voz e reforçou a relevância do relatório para um leque mais alargado de partes interessadas. Com o apoio da Sightsavers, um total de três diálogos da sociedade civil foram conduzidos para cobrir o maior número possível de fusos horários, envolvendo mais de 280 pessoas. Esses fóruns abertos atraíram participantes de todas as regiões, incluindo representantes de políticas ou programas de organizações da sociedade civil, em saúde e deficiência; pessoas com deficiência e representantes de organizações de pessoas com deficiência; académicos; redes e coalizões regionais; e associações e fundações do setor privado.

Feedback por escrito

Além dos processos de consulta descritos acima, a OMS também disponibilizou rascunhos do relatório para revisão e feedback de todos os grupos consultados. Foi igualmente disponibilizado ao público um projecto através do sítio Web da OMS, para que as partes interessadas pudessem facilmente rever e fornecer comentários e sugestões. Os resumos do relatório e da pesquisa de feedback estavam disponíveis em inglês, francês, espanhol, árabe, russo e chinês, e no formato Easy Read. Um total de 150 inscrições foram recebidas através da chamada on-line e pesquisa de feedback, fornecendo uma gama de diversas perspectivas a serem consideradas no rascunho final.

A Sightsavers, uma organização em relacionamento oficial com a OMS, também coordenou a coleta de feedback dos detentores de estacas em nível de país, usando o rascunho do relatório compartilhado on-line. Isso foi feito por meio de uma série de consultas, muitas das quais foram realizadas presencialmente, oferecendo oportunidade para aqueles com menos acesso digital se envolverem e contribuir para o processo. Estas consultas visaram uma série de partes interessadas da sociedade civil, incluindo ONG, pessoas com deficiência e suas organizações representativas, em Bangladesh, Gana, Guiné, Índia, Quênia, Malawi, Mali, Nigéria, Paquistão, Senegal, Tanzânia e Uganda.

A OMS também compartilhou e incentivou a divulgação do projeto de relatório por meio de parceiros e redes, incluindo a Aliança Internacional para a Deficiência, o Consórcio Internacional de Deficiência e Desenvolvimento e a Rede Global CBR, bem como os Centros Colaboradores da OMS e várias associações profissionais e redes do setor de saúde.

Anexo 3. Prevalência de incapacidade – Metodologia

Visão geral da abordagem

Para estimar a prevalência atual de incapacidade, a OMS utilizou as estimativas geradas pelo estudo Global Burden of Disease (GBD).

O GBD tem sido a fonte da evidência epidemiológica global, regional e nacional mais abrangente para todas as condições de saúde e lesões nas últimas duas décadas. Para a rodada de dados de 2021 usada neste relatório, ele coleta e analisa dados por meio de um consórcio de mais de 8.500 pesquisadores em mais de 156 países e territórios, capturando dados sobre mais de 350 condições e lesões de saúde em 204 países e territórios, por idade e sexo. O desenho do GBD permite atualizações regulares à medida que novos dados e estudos epidemiológicos são disponibilizados.

Os princípios fundamentais das análises apresentadas neste relatório são idênticos ao Relatório Mundial sobre Deficiência de 2011. Idade e sexo específicos foram selecionadas estimativas de prevalência de condições de saúde e comprometimentos que normalmente duram mais de 6 meses e estão associados a níveis moderados ou graves de incapacidade. Para incluir apenas as condições associadas a níveis moderados ou graves de incapacidade, foi estabelecido um ponto de corte nos pesos de gravidade das condições de saúde. Os pesos de gravidade variam entre 0 e 1 e representam o nível de gravidade de cada doença e lesão. Para evitar a dupla contagem de pessoas que têm mais de uma condição de saúde subjacente ou comprometimento, é feito um ajuste para comorbidade que considera a probabilidade de ter múltiplas condições.

Por que razão o Relatório Mundial de 2011 sobre a deficiência e as actuais estimativas de recompração podem ser comparados?

Apesar da abordagem idêntica utilizada em ambos os relatórios, as estimativas do Relatório Mundial sobre Deficiência de 2011 e do presente relatório não podem ser comparadas porque, em primeiro lugar, as evidências incluídas no estudo GBD aumentaram ao longo dos anos e, em segundo lugar, a metodologia em relação aos pesos de incapacidade atribuídos a cada condição de saúde e sequelas²³ foi refinada e a abordagem a ser levada em consideração as comorbidades avançou. Todas estas alterações conduziram a estimativas mais elevadas.

²³ A seqüela refere-se às consequências de doenças e lesões. Por exemplo, a cegueira devido à retinopatia do diabetes mellitus tipo 2 é uma seqüela do diabetes mellitus tipo 2.

Em relação ao aumento das evidências, o estudo do ciclo de GBD de 2021 utilizado para este relatório inclui condições de saúde e sequelas para as quais não havia dados disponíveis em 2004. Novas e abrangentes estimativas de prevalência foram feitas nos últimos 15 anos a partir de inquéritos de saúde, dados administrativos ou dados de seguros de vários países.

Em relação aos refinamentos metodológicos, o mais substancial é o dos pesos da deficiência. Os pesos de 2004 foram derivados de um consenso de especialistas, enquanto para as estimativas de 2021, uma metodologia muito mais robusta foi usada. Os pesos são agora derivados de inquéritos populacionais que utilizam a classificação pública geral de descrições leigas do funcionamento de um indivíduo com uma determinada condição de saúde. Isso significa que o público em geral avalia os níveis de gravidade de cada condição de saúde. Tais pesquisas foram realizadas com mais de 60.000 pessoas em nove países e uma pesquisa de internet de acesso aberto. A atualização nos pesos de gravidade levou a mudanças no nível de gravidade, o que significa que uma condição associada à incapacidade grave no passado pode agora ser moderada ou vice-versa.

A mudança nos pesos de gravidade também levou a uma decisão para o presente relatório de ajustar os pontos de corte para incapacidade moderada e grave. Nos dados do GBD utilizados para o Relatório Mundial de Incapacidade de 2011, todas as condições de saúde e sequelas foram agrupadas em sete classes por consenso, onde as classes I e II representaram condições de saúde associadas à incapacidade leve com pesos inferiores a 0,12, cláusulas III, IV e V, incapacidade moderada com pesos entre 0,12 e 0,5 e classes VI e VII, incapacidade grave com pesos acima de 0,5. Aqueles acima do ponto de corte de 0,12 foram incluídos para calcular a prevalência geral de incapacidade, e aqueles acima do ponto de corte de 0,5 foram utilizados para calcular a prevalência de incapacidade grave. Como não há mais classes no estudo GBD para selecionar o ponto de corte para o relatório atual, o maior peso das condições de saúde das classes I e II usado no relatório de 2011, mas usando seus pesos de 2021, foi aplicado como limiar, ou seja, 0,149. Todas as condições de saúde acima desse limiar são consideradas para as estimativas de prevalência de incapacidade no presente relatório. Da mesma forma, para determinar o ponto de corte para incapacidade grave, utilizou-se como limiar, o menor peso das condições de saúde das classes VI e VII, ou seja, 0,54; todas as condições de saúde acima desse valor foram incluídas.

Uma vantagem substancial dos novos dados do GBD de 2021 é que agora cada nível de gravidade de uma condição de saúde tem um peso de gravidade associado. Por exemplo, a depressão leve, moderada e grave tem pesos de gravidade, o que nos permite contar apenas as pessoas com depressão que têm níveis moderados ou graves de incapacidade. Isso difere do relatório de 2011, onde os pesos de gravidade existiam principalmente para a condição de saúde como um todo, o que significa que todas as pessoas com

a depressão, incluindo aqueles com níveis leves, por exemplo, seria contada, se o peso da gravidade da condição estivesse acima do ponto de corte selecionado para incapacidade moderada e grave.

Em relação à metodologia utilizada para evitar a dupla contagem daquelas pessoas que têm mais de uma condição de saúde, uma simulação de comorbidade para quantificar o número de pessoas com múltiplas condições com base em probabilidades independentes é agora utilizada no estudo GBD. Detalhes completos sobre a metodologia para estimar comorbidades podem ser encontrados em outros lugares (1, 2).

Como mencionado no relatório, para explorar as tendências temporais nas estimativas, não comparamos as estimativas apresentadas no relatório mundial de 2011 da OMS e do Banco Mundial sobre deficiência, mas as estimativas do estudo GBD produzido pelo IHME em 2021 para os anos de 2010 e 2021. Essa comparação revela um aumento significativo no número de pessoas com condições musculoesqueléticas, de saúde mental e neurológicas, bem como em condições de órgãos sensoriais, como perda de audição e visão (Tabela A3.1). Um aumento de 4 vezes nas infecções respiratórias associadas a níveis moderados ou graves de incapacidade também é observado. A distribuição etária revela que mais pessoas vivem e envelhecem com condições crônicas de saúde, sendo o número de pessoas de >60 anos com doenças não transmissíveis significativamente maior em relação a 2010.

Quadro A3.1. Mudança na prevalência de condições de saúde associadas a níveis moderados e graves de incapacidade, globalmente, 2010 e 2021

Condição de saúde	2010* (Em milhões)	2021 (Em milhões)
Condições músculo-esqueléticas	298.5	370
Condições de saúde mental	180	252
Condições neurológicas	159.7	191.4
Condições dos órgãos dos sentidos	81.2	100
Doenças cardiovasculares	62.5	84.3
Infecções respiratórias e tuberculose	14	60
Lesões	47.9	56
Outras doenças não transmissíveis	46.5	52
Doenças respiratórias crônicas	41	51
Condições maternas e neonatais	38.2	44
Doenças cutâneas e subcutâneas	38	43
Transtornos por uso de substâncias	27	31.5
Diabetes e doenças renais	14.6	20.5
Doenças tropicais negligenciadas e malária	14	16.5
Neoplasias	9	11.5
Doenças digestivas	9	10.2
HIV/AIDS e infecções sexualmente transmissíveis	9.7	5.5
Deficiências nutricionais	2.8	2.4
Outras doenças infecciosas	0.3	2.3
Infecções entéricas	0.01	0.02

*As estimativas são baseadas nos dados da carga global de doenças de 2021

Referências

1. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Estimativas globais da necessidade de reabilitação com base no estudo Global Burden of Disease 2019 : uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2019. *A Lancet*. 2020 Dez 19;396(10267):2006–17.
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Carga global de 369 doenças e lesões em 204 países e territórios, 1990-2019: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2019. *A Lancet*. 2020;396(10258):1204–22.

Anexo 4. Metodologia das análises económicas

As análises económicas apresentadas no capítulo 1 seguiram uma metodologia gradual.

Passo 1. Identificar análises económicas publicadas da OMS que estimem o retorno sobre o investimento para intervenções em toda a população.

A escassez de dados sobre os custos e a cobertura de intervenções para promover a inclusão da deficiência no sector da saúde (por exemplo, tornar as instalações de saúde fisicamente acessíveis ou fornecer informações de saúde num formato acessível) limitaram a possibilidade de desenvolver uma análise pormenorizada dos casos de investimento. Portanto, foi tomada a decisão de revisar e ajustar os estudos existentes liderados pela OMS sobre intervenções em toda a população. Foram considerados apenas estudos que utilizam métodos padronizados da OMS, que foram revisados por pares e onde pudemos acessar dados e modelos utilizados.

Um dos estudos publicados sobre intervenções populacionais utilizando métodos de avaliação económica padrão da OMS foi identificado através de uma pesquisa na base de dados de publicações IRIS da OMS, complementada pelo conhecimento da equipa de redacção de estudos liderados pela OMS publicados em estudos académicos. A lista incluía intervenções como intervenções de controle da malária; intervenções para abordar os fatores de risco para DCNT; rastreio do cancro do colo do útero e da mama e tratamento do cancro; intervenções para a saúde de mulheres e crianças, incluindo saúde materna e neonatal; imunização; planeamento familiar; e HIV/AIDS, entre outros
(1-6).

Passo 2. Revisão rápida do escopo para identificar lacunas na cobertura das intervenções selecionadas entre pessoas com deficiência e a população em geral

Uma segunda etapa envolveu a análise das evidências existentes sobre os níveis mais baixos de acesso das intervenções identificadas na Etapa 1 para pessoas com deficiência em comparação com pessoas sem deficiência. Uma rápida revisão do escopo foi realizada no PubMed e na literatura cinza para identificar estudos que relatam dados quantitativos. Os artigos foram limitados a estudos que: (a) foram publicados entre 2011 e 2022 em língua inglesa (b) publicados como um manuscrito ou relatório revisado por pares e académico, e (c) quantitativamente compararam a cobertura diferencial de intervenções em toda a população para pessoas com e sem deficiência. Pesquisa manual adicional das listas de referências de artigos identificados auxiliados em

identificou outras fontes primárias de dados. A Tabela A4.1 abaixo mostra um exemplo de uma estratégia de busca aplicada para a coleta de evidências de uma intervenção de interesse.

Quadro A4.1. Estratégia de busca aplicada no PubMed para prevenção e tratamento do HIV

Termo de	pesquisa de tópicos
Deficiência de HIV/AIDS	[Título] OU deficiente [Título] OU deficiências [Título] E (HIV [Título/Resumo] OU AIDS [Título/Resumo] OU PREVENÇÃO DO HIV [Título/Resumo] OU TESTE DE HIV [Título/Resumo] OU TRATAMENTO DO HIV [Título/Resumo])

A análise identificou dados para as seguintes intervenções: vacinação, planejamento familiar, rastreamento e tratamento do câncer e prevenção de DCNT. Os estudos revelaram lacunas substanciais para certas intervenções. Por exemplo, os dados mostraram que as mulheres com diferentes capacidades têm 0,63 menos probabilidades de receber ou submeter-se ao rastreio do cancro do colo do útero em comparação com as mulheres sem deficiência; as probabilidades são ainda mais baixas (0,77) para o rastreio do cancro da mama (7). Situação semelhante pode ser observada no tratamento do câncer (8,9). Há uma lacuna de 14% na imunização básica para crianças de 24 a 35 meses entre aquelas com e sem deficiência (10). As intervenções para a prevenção de DNT, como programas de suplementos e nutrição, atingem 20% menos adultos jovens com deficiência em comparação com a população genética *ral* (11) e, em alguns países, a lacuna nas intervenções cirúrgicas para doenças cardiovasculares pode chegar a 45% (12). Lacunas no planejamento familiar também existem (13-15). Com base nos dados disponíveis que mostram níveis mais baixos de acesso a intervenções entre pessoas com e sem deficiência, três dos estudos já identificados liderados pela OMS na Etapa 1 foram selecionados:

- Stenberg et al. (2021) que relatam estimativas de custo-efetividade para vacinação (DPT, H. influenzae b, Pneumocócica, Rotavírus, Pentavalent DPT + Hep B + Hib e Sarampo) e planejamento familiar (2)
- OMS (2020), que relata o retorno estimado do investimento na prevenção e cuidados com o câncer (3)
- (2018), que relata o retorno estimado do investimento na prevenção de DNT, com foco na prevenção de doenças cardiovasculares com foco na prevenção e cuidado de doenças cardiovasculares (4)

Passo 3. Ajustar as análises econômicas anteriores, incorporando considerações sobre deficiência

A última etapa do processo são os ajustes dos 3 estudos originais. Para a análise, utilizou-se uma abordagem simples de aumentar os custos médios das intervenções estudadas em 10% para contabilizar quaisquer custos adicionais associados à disponibilização dos serviços.

O aumento de 10% nos custos destina-se a garantir que as intervenções sejam acessíveis às pessoas com deficiência, abordando os obstáculos existentes que as pessoas com deficiência enfrentam. Embora a gama de barreiras a serem abordadas seja muito ampla, conforme apresentado no Capítulo 2 do relatório, para as análises atuais, consideramos conservadoramente apenas 4 grupos de barreiras que são muito comuns entre as pessoas com deficiência – físicas, informativas, atitudinais e aquelas relacionadas a ajustes razoáveis na entrega real da intervenção. Abordar cada uma dessas barreiras implica custos adicionais. Por exemplo, os centros de saúde ou centros de vacinação precisam ser fisicamente acessíveis para pessoas com deficiência, por exemplo, ter rampas, banheiros acessíveis ou equipamentos. O conceito universal deve idealmente ser aplicado desde o início, e alguns estudos mostram um aumento de apenas 0,5-1% dos custos totais de construção que poderiam ser esperados (16,17), no entanto, os custos podem ser mais elevados ao modernizar instalações. São igualmente necessários custos adicionais para fornecer todos os materiais de informação sobre saúde ou cartas de consulta relacionadas com as intervenções em formato acessível, por exemplo, versões de leitura fácil para pessoas com deficiência intelectual. A formação dos profissionais de saúde e de cuidados sobre a inclusão da deficiência pode facilitar a redução das atitudes negativas em relação às pessoas com deficiência. Finalmente, algumas pessoas com deficiência podem exigir ajustes razoáveis para receber uma intervenção. Por exemplo, isso pode significar dar a uma pessoa com deficiência psicossocial uma consulta prioritária se achar difícil esperar no hospital, ou consultas mais longas se alguém com deficiência intelectual precisar de mais tempo com um médico para se certificar de que entende as informações que lhes são dadas (18).

Uma vez que a informação é limitada sobre os custos associados à remoção destas barreiras para as pessoas com deficiência, foi feita uma suposição conservadora para adicionar um aumento de 10% no custo médio da prestação de serviços para intervenções, a fim de torná-las inclusivas em termos de deficiência. O aumento de 10% nos custos médios foi aplicado tanto à análise de custo-efetividade quanto à análise de retorno sobre o investimento. Esta decisão tem as suas limitações. Em primeiro lugar, o aumento de 10% dos custos é arbitrário, dada a ausência de dados comparáveis. Os custos adicionais em algumas configurações podem ser superiores a 10%. Em segundo lugar, abordar outras barreiras como o transporte inacessível, que não são consideradas nos custos adicionais para esta análise, pode estar associado a custos muito mais elevados. Apesar dessas limitações, adicionando

10% em relação aos custos médios da prestação de serviços para as intervenções é já um aumento muito substancial que pode garantir grandes melhorias na acessibilidade das instituições para as pessoas com deficiência e nos benefícios económicos e sociais.

Estudo de custo-efetividade

A análise de custo-efetividade de Stenberg et al. (2021) relata os custos estimados e os benefícios para a saúde de 37 intervenções (separadas em seis pacotes de investimento) em 74 países, todas voltadas para a saúde das mulheres e crianças. Primeiramente, foram extraídos os dados do estudo. Mais especificamente, os dados de custos e anos de vida saudável por milhão foram extraídos para sete das 37 intervenções em que existem evidências de menor acesso para pessoas com deficiência - planejamento familiar e seis rotinas de vacinação, em duas regiões, África Subsaariana e Sudeste Asiático. Foram utilizados apenas dados para o cenário de cobertura de 95% do estudo original. Após a extração dos dados, replicou-se a análise original, mas aplicando-se um aumento de 10% nos custos médios, recalculando-se, assim, as razões de custo-efetividade. Os rácios ajustados reflectem, assim, qual poderia ser a relação custo-eficácia dos intervenções se estes fossem fornecidos de uma forma inclusiva para as incapacidades.

A análise ajustada com base no estudo original de Stenberg et al., relata estimativas de custo-efetividade, o que significa que o custo por ano de vida saudável ganho é relatado. No estudo original, as mortes evitadas devido à intervenção são convertidas em anos de vida saudável ganhos com base na idade no momento da morte, na expectativa de vida média e na avaliação média do estado de saúde para uma vida salva desde a idade na morte até a expectativa de vida. Para o planejamento familiar como intervenção, por não impactar diretamente na mortalidade, o efeito foi medido em termos de mortalidade materna evitada resultante de menos nascimentos. O estudo original não considera os benefícios económicos da melhoria do estado de saúde.

Evolução dos estudos de investimento

Dois estudos de custo-benefício liderados pela OMS foram adaptados para este relatório. O primeiro estudo analisa a prevenção e o cuidado do câncer (3) e o segundo – prevenção de DNT (4). Assim como na análise de custo-efetividade, após a extração dos dados, as análises foram replicadas para o cenário de cobertura de 95%, incluindo custos adicionais de 10% aos custos médios.

Limitações das análises

Os resultados deste estudo pretendem ser indicativos e não prescritivos. Todas as limitações dos modelos existentes são propagadas e discutidas nos respectivos artigos publicados. Os trabalhos futuros poderão ter por objectivo adaptar a estrutura dos modelos existentes, a fim de incorporar de forma mais eficaz as alterações às intervenções destinadas a eliminar as barreiras para as pessoas com deficiência. Além disso, a estimativa de custos para tornar as intervenções de saúde pública acessíveis é conservadora e pode não refletir os custos reais que variam nos países, como discutido acima.

Referências

1. Patouillard E, Griffin J, Bhatt S, Ghani A, Cibulskis R. Metas globais de investimento para controle e eliminação da malária entre 2016 e 2030. *BMJ saúde global*. 2017 Maio 1;2(2):e000176.
2. Stenberg K, Watts R, Bertram MY, Engesveen K, Maliqi B, Say L et al. Custo-efetividade de intervenções para melhorar os resultados de saúde materna, neonatal e infantil: uma análise WHO-CHOICE para a África Subsaariana Oriental eo Sudeste Asiático. *Revista internacional de política e gestão em saúde*. 2021;10:706-23.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre o câncer: estabelecer prioridades, investir com sabedoria e cuidar de todos. 2020.
4. Bertram MY, Sweeny K, Lauer JA, Chisholm D, Sheehan P, Rasmussen B et al. Investir em doenças não transmissíveis: uma estimativa do retorno sobre o investimento para serviços de prevenção e tratamento. *A Lancet*. 2018;391:2071-8.
5. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Mason E, Friedman HS, Bhutta ZA, Lawn JE, Sweeny K. Promover o desenvolvimento social e econômico investindo na saúde das mulheres e das crianças: um novo Quadro de Investimento Global. *A Lancet*. 2014 Abr 12;383(9925):1333-54
6. Organização Mundial da Saúde. Salvar vidas, gastar menos: o caso de investir em doenças não transmissíveis. 2021
7. Andiwijaya FR DC, Bessame K, Ndong A e Kuper H. A captação do rastreamento do câncer de mama e do colo do útero é menor entre as mulheres com deficiência? Uma Revisão Sistemática eMetanálise. *Int J da Environ Res Public Health*, no prelo. 2022.
8. Choi JY, Yeob KE, Hong SH, Kim SY, Jeong E-H, Shin DW et al. Disparidades no Diagnóstico, Tratamento e Taxa de Sobrevivência do Câncer do Colo do Útero entre Mulheres com e sem Deficiência. *Controle do Câncer*. 2021;28:10732748211055268.
9. Shin DW, Cho JH, Noh JM, Han H, Han K, Park SH et al. Disparidades no diagnóstico e tratamento do câncer de pulmão entre pessoas com deficiência. *J Thorac Oncol*. 2019;14:163-75.
10. UNICEF. Visto, Contado, Incluído: Usando dados para lançar luz sobre o bem-estar das crianças com deficiência. 2021.
11. Guo B, Huang J, Porterfield SL. Segurança alimentar e saúde na transição para a idade adulta para indivíduos com deficiências. *Disabil Saúde J*. 2020;13:100937.
12. Gal G, Munitz H, Levav I. Disparidades de cuidados de saúde entre pessoas com esquizofrenia comórbida e doença cardiovascular: um estudo epidemiológico caso-controle. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25:541-7.
13. Mosher W, Bloom T, Hughes R, Horton L, Mojtabai R, Alhusen JL. Disparidades no recebimento de serviços de planejamento familiar por status de deficiência: Novas estimativas da Pesquisa Nacional de Crescimento Familiar. *Disabil Saúde J*. 2017;10:394-9.
14. Wu JP, McKee KS, McKee MM, Meade MA, Plegue MA, Sen A. Uso de métodos contraceptivos reversíveis entre mulheres dos EUA com deficiências físicas ou sensoriais. *Perspect Sex Reprod Saúde*. 2017;49:141-7.

17. Casebolt MT, Singh K, Speizer IS, Halpern CT. Uso de contraceptivos modernos por mulheres com deficiência no Rajastão, Índia: Uma análise da pesquisa anual de saúde. *Sexo Reprod Healthc.* 2022;31:100699.
18. Metts RL. Questões de deficiência, tendências e recomendações para o Banco Mundial. Documento de reflexão sobre a protecção social n.º 0007. Banco Mundial; 2000.
19. UmusAID. Accessibility Design Guide: Princípios de design universal para o programa de ajuda da Austrália, Governo Australiano, p. 14. 2013. Albrecht GL, Devlieger PJ. O paradoxo da deficiência: alta qualidade de vida contra todas as probabilidades. *Ciências sociais e medicina.* 1999;48:977-88.
20. Zworth M, Slick A, Durbin J, Casson I, Lunsy Y. Melhorar os cuidados para adultos com deficiências intelectuais e de desenvolvimento: Papel do pessoal administrativo. *Médico de Família Canadense.* 2019 Abr 1;65(Suppl 1):S8-10.

Anexo 5. Padronizando a coleta de dados em Deficiência

A coleta de dados por meio de instrumentos que coletam informações sobre limitações de funcionamento garante um método padronizado que pode gerar dados comparáveis entre países e transculturais sobre deficiência. A seleção de uma ferramenta dependerá em grande parte da finalidade da coleta de dados, dos recursos de um país e de seus objetivos e contextos específicos. Diferentes ferramentas têm sido amplamente aplicadas em países e são recomendadas para uso em diferentes configurações; a seleção depende da finalidade e da necessidade dos esforços de coleta ou desagregação de dados. Exemplos incluem:

- O Modelo de Pesquisa de Deficiência da OMS (MDS). Trata-se de um inquérito à população geral desenvolvido pelo Banco Mundial e pela OMS em 2012 (1, 2). O MDS estima a distribuição da deficiência na população de um país ou região e identifica necessidades não satisfeitas, barreiras e desigualdades enfrentadas por pessoas com deficiência leve, moderada e grave.
- A Ferramenta de Desagregação de Funcionamento e Incapacidade da OMS (FDD11). Trata-se de um instrumento curto, autónomo, composto por 11 questões que avaliam as dificuldades sentidas pelos indivíduos devido a um problema de saúde, no exercício de diversas actividades (3). As questões do FDD11 são derivadas diretamente da versão breve do MDS e podem ser utilizadas principalmente quando o foco é a desagregação por incapacidade de indicadores, ou informações coletadas pela pesquisa em que foi integrado.
- O WHODAS 2.0 mede o nível de funcionamento do indivíduo em seis grandes domínios da vida: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência, actividades de vida e participação (4, 5). Assim como o FDD11, o WHODAS 2.0 pode ser utilizado quando o foco da coleta de dados é a desagregação por incapacidade dos indicadores, ou informações coletadas na pesquisa em que foi integrado.
- As Perguntas do Grupo Washington destinam-se a identificar pessoas com limitações de funcionamento (6). O pequeno conjunto contém seis perguntas sobre o funcionamento que podem ser usadas para desagregar os resultados da pesquisa. As perguntas podem ser incluídas em qualquer actividade de recolha de dados existente no âmbito de um quadro de acompanhamento e avaliação a nível de um programa, ou podem ser integradas em inquéritos de menor escala que recolhem dados a nível individual.
- O Módulo do Grupo Washington/UNICEF sobre o Funcionamento da Criança abrange crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 17 anos e avalia as dificuldades de funcionamento em diferentes domínios, incluindo a audição, a visão, a comunicação/compreensão, a aprendizagem, a mobilidade e as emoções (7, 8). O conjunto de perguntas destina-se a ser utilizado em inquéritos e recenseamentos nacionais aos agregados familiares.

Referências

1. Sabariego C, Fellinghauer C, Lee L, Kamenov K, Posarac A, Bickenbach J et al. Geração de dados abrangentes sobre funcionamento e deficiência em todo o mundo: processo de desenvolvimento, estratégia de análise de dados e confiabilidade do Inquérito Modelo de Incapacidade da OMS e do Banco Mundial. *Arch Saúde Pública*. 2022;80:1–10.
2. Sabariego C, Fellinghauer C, Lee L, Posarac A, Bickenbach J, Kostanjsek N et al. Medindo o funcionamento e a incapacidade usando pesquisas domiciliares: propriedades métricas da versão breve da pesquisa da OMS e do Banco Mundial sobre deficiência. *Arch Saúde Pública*. 2021;79:1–11.
3. Lee L, Kamenov K., Fellinghauer, C., Sabariego, C., Chatterji, S., Cieza, A. Ferramenta de desagregação de funcionamento e deficiência da OMS (FDD11): uma abordagem confiável para desagregar dados por deficiência. *Arch Saúde Pública*; em revisão. 2022.
4. Sousa RM, Dewey ME, Acosta D, Jotheeswaran A, Castro-Costa E, Ferri CP et al. Medir a deficiência entre culturas – as propriedades psicométricas do WHODAS II em idosos de sete países de baixa e média renda. A pesquisa de base populacional do 10/66 Dementia Research Group. *Int J Métodos Psiquiátricos Res*. 2010;19:1–17.
5. Saltychev M, Katajapuu N, Bärlund E, Laimi K. Propriedades psicométricas de 12 itens auto-administrados da Organização Mundial da Saúde cronograma de avaliação de incapacidade 2.0 (WHODAS 2.0) entre a população em geral e pessoas com causas físicas não agudas de incapacidade – revisão sistemática. *Disabil Rehabil*. 2021;43:789–94.
6. Miller K, Mont D, Maitland A, Altman B, Madans J. Resultados de um protocolo de entrevista cognitiva estruturado transnacional para testar medidas de incapacidade. *Quantidade de Qualidade*. 2011;45:801–15.
7. Zia N, Loeb M, Kajungu D, Galiwango E, Diener-West M, Wegener S et al. Adaptação e validação do módulo de funcionamento infantil do grupo UNICEF/Washington no local de vigilância demográfica e de saúde de Iganga-Mayuge no Uganda. *BMC Saúde Pública*. 2020;20:1–13.
8. Sprunt B, McPake B, Marella M. O Módulo de Funcionamento Infantil do Grupo UNICEF/Washington – Precisão, confiabilidade entre avaliadores e nível de corte para deficiência desagregação do sistema de informações de gestão educacional de Fiji. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2019;16:806.

Organização Mundial da Saúde
Avenida Appia 20
1211 Genebra 27
Suíça
Sítio Web: <https://www.who.int/health-topics/disability>
E-mail: disability@who.int

