

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM JOÃO PESSOA/PB: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO EM SAÚDE

*Tarcisio Almeida Menezes**

*Matias Aidan Cunha de Sousa***

*Luciano Bezerra Gomes***

*Daniella de Souza Barbosa***

*Juliana Sampaio***

*Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil

**Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Resumo

Este artigo analisa como a distribuição espacial de serviços ambulatoriais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Sistema Único de Saúde, no município de João Pessoa/PB, interfere no acesso a essas instituições. Para tanto, adotou-se a perspectiva metodológica qualitativa, com a construção de mapas da localização desses serviços e com análises de indicadores de vulnerabilidade dos diferentes distritos sanitários da cidade. Identificou-se que as diferenças socioeconômicas do espaço geográfico se relacionam com a história da cidade, resultando numa concentração dos serviços especializados num único distrito. Ademais, os distritos com os piores indicadores sociais apresentam menor oferta de serviços especializados de saúde para pessoas com deficiência. Tais análises apontam desafios na implantação desses serviços de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especificamente a territorialização e a equidade, que demandam planejamento das ofertas de serviço de modo a garantir o acesso geográfico a eles.

Palavras-chave

Pessoas com Deficiência; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

SPATIAL DISTRIBUTION OF SPECIALIZED HEALTH SERVICES FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN JOÃO PESSOA/PB: AN ANALYSIS OF ACCESS TO HEALTH

*Tarcisio Almeida Menezes**

*Matias Aidan Cunha de Sousa***

*Luciano Bezerra Gomes***

*Daniella de Souza Barbosa***

*Juliana Sampaio***

*Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brazil

**Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Médicas, João Pessoa, Paraíba, Brazil

Abstract

This article analyzes how the spatial distribution of outpatient services of the Care Network for People with Disabilities of the Unified Health System, in the city of João Pessoa/PB, interferes in the access to these institutions. Therefore, a qualitative methodological perspective was adopted, with the construction of maps of the location of these services, with analysis of vulnerability indicators of the different health districts of the city. We identified that the socioeconomic differences of the geographic space are related to the history of the city, resulting in a concentration of specialized services in a single district. Furthermore, the districts with the worst social indicators have a lower offer of specialized health services for people with disabilities. These analyzes point to challenges in the implementation of these health services in line with the principles and guidelines of the Unified Health System, specifically territorialization and equity, which demand planning of service offerings in order to guarantee geographic access to them.

Keywords

Disabled Persons; Health Services Accessibility; Unified Health System.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM JOÃO PESSOA/PB: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO EM SAÚDE

Tarcisio Almeida Menezes

Matias Aidan Cunha de Sousa

Luciano Bezerra Gomes

Daniella de Souza Barbosa

Juliana Sampaio

1. Introdução

O aumento da oferta de serviços de saúde se constitui em uma das mais relevantes conquistas da sociedade brasileira advindas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultante da Constituição Federal de 1998 (GIOVANELLA et al., 2012). E, embora a expansão física da rede de serviços contribua para a ampliação do acesso, essa medida, de maneira isolada, não o garante de forma equânime, assim como maior quantidade de procedimentos de saúde realizados como efeito do maior acesso não representa, necessariamente, melhoria do cuidado, com ganhos na autonomia de vida das pessoas (IRIART; MERHY, 2017).

Facilitar o acesso aos serviços de saúde no contexto de desigualdade do Brasil, porém, é ação essencial e dever constitucional do Estado. No entanto, essa medida é dificultada por diversos motivos, a saber: (i) ausência de uma política adequada para a força de trabalho em saúde, com o desenvolvimento de ações de formação e educação permanentes, voltadas às necessidades do SUS, e com uma gestão do trabalho capaz de romper com a precarização dos vínculos empregatícios e de operar uma política de pessoal unificada (CAMPOS, 2018); (ii) insuficiência de investimentos financeiros adequados para garantir o funcionamento dos serviços de saúde, situação que se agrava com as políticas de austeridade fiscal, desencadeadas a partir da segunda metade da década de 2010 (MORETTI; FUNCIA; OCKÉ-REIS, 2020); (iii) falta de planejamento das redes de serviços (PAIM, 2018); e (iv) divergências inter-governamentais na organização do sistema nas três esferas de gestão (SOUZA et al., 2019). Tais fatores incidem de modo simultâneo e integrado, produzindo barreiras

de acesso ao sistema que se tornam mais relevantes especialmente para pessoas em situação de maior vulnerabilidade social (BASTOS; BARBOSA; BASTOS, 2020).

Vale salientar, inicialmente, que aqui compreendemos vulnerabilidade social como algo integrante de um sistema, ou seja, ela não está nas pessoas, mas sim no contexto de vulnerabilidade em que essas populações estão inseridas: as pessoas não estão vulneráveis, elas se tornam vulneráveis. Para isso, baseamo-nos nos pressupostos de Ayres et al. (2003), que enfatizam que o cuidado deverá ser operado por meio de um planejamento social, em que a multiplicidade do conhecimento deve ser considerada. Ayres e colaboradores dão destaque à educação e à saúde; neste texto, contudo, avançamos e trazemos para o campo do cuidado a importância da geografia.

É relevante delimitar também que, no tocante a este artigo, compreendemos acesso à saúde como a possibilidade de alguém obter atenção com qualidade, com base em suas necessidades individuais e coletivas, implicando quatro esferas: (i) aceitabilidade, diante de aspectos culturais da comunidade; (ii) informação, como capacidade de comunicação entre prestador do serviço e usuário; (iii) economia, como capacidade de o usuário pagar pelos serviços privados; e (iv) disponibilidade, como cobertura geográfica dos serviços (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Farias et al. (2020) definem que as três principais barreiras no acesso aos serviços dizem respeito ao campo: (i) político, na baixa cobertura médico-assistencial; (ii) organizacional, na escassez de informação sobre a oferta dos serviços; (iii) social, nas reduzidas redes de apoio para usuários em contextos de vulnerabilidade. Neste estudo, trataremos das dimensões disponibilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012) e política (FARIAS et al., 2020) por meio da análise de como a distribuição territorial dos serviços de saúde facilita ou dificulta o acesso dos usuários.

Em diversos contextos, barreiras de transporte, arquitetônicas e urbanísticas não são consideradas no planejamento da rede de atenção, fragilizando o acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2019). Mesmo durante períodos de crescimento econômico e ampliação relativa de investimentos em políticas sociais e de saúde, não se identificam políticas de planejamento urbano capazes de superar o processo capitalístico de constituição da cidade, que influenciam na distribuição geográfica dos serviços e, conseqüentemente, nas desigualdades de acesso a eles. Isso se deve, em boa medida, à dificuldade, mesmo das forças políticas progressistas, de compreenderem as singularidades de como se desenvolvem em torno da política urbana as disputas de interesses nas cidades. Para ficarmos com as palavras de Ermínia Maricato: “Essa mesma cidade que é ignorada por uma esquerda que não consegue ver ali a luta de classes e por uma direita que aposta tudo na especulação imobiliária e no assalto ao orçamento público” (MARICATO, 2013, p. 19). Assim, segundo Oliveira et al. (2019, p. 9), muitas políticas urbanas levam ao:

aumento de renda, que possibilita o crescimento do consumo, [que] não “resolve” nem o problema da falta de urbanidade nem a precariedade dos serviços públicos [...] ou a enorme fragmentação representada pela dualidade da nossa condição urbana (favela *versus* asfalto, legal *versus* ilegal, permanente *versus* provisório). s.

No atual contexto neoliberal, impera a precarização das políticas universalistas, ocasionando contínua segregação de populações específicas (GUIMARÃES; SANTOS, 2019). Em um sistema universal, para efetivação da cidadania plena, o acesso aos serviços precisa considerar as necessidades populacionais num planejamento urbano integral e territorializado. Contudo, com a política de austeridade fiscal, potencializada pela Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016), e o crônico subfinanciamento sobreposto ao desfinanciamento do SUS, a saúde pública tende a ser mercadoria e não direito (GIOVANELLA et al., 2018).

Segundo Milton Santos (1999), o território, enquanto espaço habitado pelas pessoas e grupos sociais, é campo privilegiado de análise, pois revela a estrutura global e a complexidade da sociedade. O território é, assim, “fundamento do trabalho, lugar de residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (id., p. 14), que possibilita analisar o acesso do usuário aos serviços de saúde e a legitimação, ou não, de sua cidadania. Por esses motivos, no presente estudo, para a compreensão dos diferentes distritos sanitários, onde se localizam os serviços de saúde, foram consideradas as dimensões econômicas, técnicas, políticas, geográficas e populares, na esteira dos formuladores originais do campo da saúde, que aproximaram o conceito de distritos sanitários ao de territórios, na perspectiva miltoniana (MENDES, 1993). Essas dimensões incidem na construção das instituições públicas de saúde, com vistas à garantia democrática do acesso a esses equipamentos (GIOVANELLA; FLEURY, 1996)

Dada a conjunção dos fatores apontados, é importante salientar que os desafios para a construção de políticas que permitam ampliar o acesso aos serviços de saúde se tornam ainda mais relevantes quando, dentre os grupos em maior situação de vulnerabilidade, nos debruçamos sobre as especificidades das Pessoas com Deficiência (PcD). Embora seja fruto da luta de gerações de pessoas que vêm constituindo relevantes mobilizações sociais no país (PAIVA; BENDASSOLI, 2017), a constituição da Rede de Atenção específica para coordenar a produção de cuidado para essa população não apenas é recente, como incipiente (ESTEVES et al., 2016). Em consonância com essa indicação, Amaral et al. (2012) destacam que, no município de João Pessoa, 64% de uma amostra de 502 PcD sinalizaram barreiras geográficas e econômicas no acesso aos serviços de saúde, sobretudo nos de reabilitação, enquanto mais de 40% descreveram barreiras arquitetônicas e atitudinais dentro das instituições.

Diante disso, este estudo analisa como estão distribuídas geograficamente as instituições de saúde que compõem a Rede de Cuidados à PcD (RCPcD) do SUS na capital paraibana, com destaque para os serviços especializados, e identifica em que medida essa distribuição interfere no acesso aos serviços.

2. Método

Adotou-se a perspectiva qualitativa, tipo descritivo-exploratória, na construção de mapas de localização dos serviços de saúde da Atenção Básica (AB), da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência da RCPcD de João Pessoa.

A cidade foi mapeada com base nos Distritos Sanitários (DS) de Saúde (JOÃO PESSOA, 1997), compreendidos como unidades político-administrativas do SUS, que se compõem como a menor unidade territorial possível de planejamento e gestão em saúde (MENDES, 1993), ou seja, trata-se de espaços geográficos com características demográficas, epidemiológicas e sociais próprias, que demandam práticas sanitárias capazes de resolver as necessidades e os problemas de saúde locais, por meio de serviços e recursos disponíveis.

A população do município de João Pessoa foi identificada no Censo Demográfico de 2010 e na projeção para 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Como tais informações são descritas por bairros, cada distrito foi caracterizado pela consolidação de dados dos bairros que os integram.

Para caracterizar o contexto de vulnerabilidade dos moradores de cada DS, recorreremos ao Índice de Exclusão/Inclusão Social (IEX), construído por Aldaíza Sposati e colaboradores (SPOSATI et al., 2010), no Mapa da Exclusão/Inclusão Social (MEIS) de João Pessoa, que integra métodos qualitativos com técnicas de geoprocessamento aplicadas aos dados do Censo Demográfico de 2000. Esses dados foram escolhidos para a análise, apesar de se reconhecer que nos últimos 20 anos devem ter ocorrido várias mudanças nas características socioeconômicas dos distritos sanitários. Contudo, o IEX se mostrou adequado porque é desagregado por bairros, diferentemente do Mapa de Vulnerabilidade Social das Famílias, por exemplo, que é desagregado por setores censitários, o que não seria adequado à presente análise por DS.

Além disso, esse indicador é construído como resultado da associação de 26 variáveis socioeconômicas, e é fiel à complexidade das realidades socioeconômicas de cada DS. O índice é apresentado numa escala entre -1 (maior exclusão social) e +1 (maior inclusão social), evidenciando as desigualdades sociais entre os bairros. As informações demográficas e sociais acima descritas foram analisadas em cotejamento com o desenvolvimento histórico da cidade de João Pessoa, fundante do seu espaço urbano.

Por fim, para a caracterização da RCPcD na cidade em foco, foram incluídas no estudo as localizações das unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) – componente da AB que deve coordenar as Redes de Atenção à Saúde do SUS –; dos serviços públicos especializados em habilitação/reabilitação às PcD; e da rede de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os endereços de todos os serviços foram obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em julho de 2021 (BRASIL, s.d.).

Os mapas foram produzidos com o uso do software Google Earth Pro® (2009), versão 7.3, com o delineamento das áreas de cobertura dos cinco DS da cidade e identificação espacial da distribuição/organização geográfica das instituições catalogadas da RCPcD.

Por fim, destaca-se que este estudo compõe a dissertação de mestrado *As mães na produção do cuidado à Pessoa com Deficiência*, em desenvolvimento no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculada à pesquisa *Análise da implementação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência – os usuários, trabalhadores e gestores como guias*, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Campus Macaé, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 17725919.2.1001.5699, e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, com base no edital/chamada nº 35/2018, processo nº 442816/2018-9.

3. Resultados

João Pessoa contava, em 2010, com uma população de 723.515 habitantes, com estimativa para 2020 de 817.511, distribuída em 210,044 km², caracterizando um aumento da densidade demográfica, no período, de 3.444,58 para 3.892,09 hab./km². Quanto à população PcD, havia no município, em 2010, 185.729 pessoas com algum tipo de deficiência, o que correspondia a 23% da população (PESSOA, 2014).

A Tabela 1 apresenta a distribuição da população de João Pessoa por bairros, agregados nos cinco DS. Observa-se que o DS I é o segundo menos populoso e o segundo em menor número de bairros. O DS II é o mais populoso, porém o menor em número de bairros. O DS III é o mais populoso, mas o terceiro em menor número de bairros. O DS IV é o primeiro menos populoso, embora seja o segundo maior em número de bairros. Por fim, o DS V é o terceiro mais populoso e o maior em número de bairros. Assim, destaca-se que o DS II apresenta maior número de pessoas por bairro, enquanto no DS IV se verifica o menor número de pessoas por bairro.

Município	População	Município	População	Total populacional
Distrito Sanitário I				
Oitizeiro	29.125	Bairro das Indústrias	8.712	
Cruz das Armas	25.549	Ernani Sátiro	8.641	
Alto do Mateus	16.281	Costa e Silva	8.208	133.792
Jaguaribe	14.651	Mumbaba	7.926	
Jardim Veneza	12.812	Distrito Industrial	1887	
Distrito Sanitário II				
Cristo	37.538	Geisel	14.184	
Gramame	24.829	Cuiá	6.944	
Varjão	16.973	Água Fria	6.269	144.190
Cidade dos Funcionários	15.848	Grotão	6.159	
João Paulo II	15.446			
Distrito Sanitário III				
Mangabeira	75.988	Mucomagro	6.276	
Valentina	22.452	Planalto Boa Esperança	6.213	
Jardim Cidade Universitária	21.425	Jardim São Paulo	4.550	182.689
José Américo	16.269	Cidade dos Colibris	4.095	
Paratibe	12.396	Anatólia	1.162	
Bancários	11.863			
Distrito Sanitário IV				
Alto do Céu	16.557	Bairro dos Estados	7.458	
Torre	15.193	Trincheiras	6.995	
Jaguaribe	14.651	Padré Zé	6.964	
Mandacaru	12.593	Varadouro	3.720	128.924
Roger	10.381	Centro	3.644	
Bairro dos Ipês	9.121	Pedro Gondim	3.360	
Ilha do Bispo	7.986	Tambiá	2.541	
Treze de Maio	7.760			
Distrito Sanitário V				
Manaíra	26.369	Altiplano Cabo Branco	5.233	
Jardim Oceania	15.283	Tambauzinho	4.932	
Bessa	13.096	Brisamar	4.268	
Castelo Branco	11.642	Portal do Sol	4.136	
Tambaú	10.163	Expedicionários	3.625	143.628
Aeroclube	9.649	João Agripino	1.161	
Miramar	9.500	Penha	772	
Costa do Sol	8.341	Ponta dos Seixas	474	
Cabo Branco	7.906	Barra de Gramame	347	
São José	7.078			

Tabela 1. Composição dos Distritos Sanitários de João Pessoa segundo bairros e respectivas populações (2010)

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do IBGE (2010).

A Tabela 2 apresenta os IEX dos bairros da cidade, agregados por DS. Identifica-se maior concentração de bairros com IEX negativos nos DS I, II e III, em contraponto aos DS IV e V, em que há maior número de bairros com melhores IEX.

Bairro	IEX	Bairro	IEX
Distrito Sanitário I			
Jaguaribe	0,45	Costa e Silva	-0,65
Ernani Sátiro	0,00	Jardim Veneza	-0,71
Cruz das Armas	0,00	Alto do Mateus	-0,85
Bairro das Indústrias	-0,61	Distrito Industrial	-0,90
Oitizeiro	-0,63		
Distrito Sanitário II			
Água Fria	0,54	Gramame	-0,67
Geisel	-0,06	João Paulo II	-0,72
Cuiá	-0,17	Varjão	-0,74
Cristo	-0,39	Grotão	-0,75
Cidade dos Funcionários	-0,45		
Distrito Sanitário III			
Jardim São Paulo	0,66	Planalto da Boa Esperança	-0,45
Jardim Cidade Universitária	0,30	José Américo	-0,46
Anatólia	0,12	Cidade dos Colibris	-0,55
Bancários	-0,24	Mucomagro	-0,94
Mangabeira	-0,28	Paratibe	-0,95
Valentina	-0,32		
Distrito Sanitário IV			
Pedro Gondim	0,94	Bairro dos Ipês	-0,08
Jaguaribe	0,84	Varadouro	-0,32
Centro	0,76	Roger	-0,33
Tambiá	0,29	Trincheiras	-0,37
Bairro dos Estados	0,12	Mandacaru	-0,4
Torre	0,03	Ilha do Bispo	-0,74
Treze de Maio	0,00	Alto do Céu	-0,85
Distrito Sanitário V			
Aeroclube	1,00	Expedicionários	0,33
Tambaú	0,86	Jardim Oceania	0,00
Brisamar	0,82	Miramar	-0,13
Cabo Branco	0,78	Castelo Branco	-0,15
Tambauzinho	0,69	Altiplano Cabo Branco	-0,17
Manaíra	0,63	São José	-0,42
João Agripino	0,43	Penha	-0,68
Bessa	0,33	Ponta dos Seixas	-0,94

Tabela 2. Composição dos Distritos Sanitários de João Pessoa segundo bairros e respectivos IEX (2010)

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do IEX (2010).

Destaca-se que a Tabela 1 apresenta maior número de bairros que a Tabela 2. Isso ocorre porque os dados do IEX (Tabela 2) são baseados no Censo Demográfico de 2000, enquanto a Tabela 1 (População) é composta de dados fornecidos pelo Censo de 2010. Diante disso, supõe-se que nesse lapso temporal de dez anos tenha ocorrido a construção de novos bairros que não foram contabilizados no IEX. Entretanto, essa hipótese não pôde ser confirmada, visto que não foi possível encontrar documentação comprobatória do fato.

Os dados da Tabela 2 evidenciam extremos da desigualdade social, explícita entre o bairro Paratibe, no DS III, com IEX $-0,95$, e o bairro Aeroclube, no DS V, com IEX $1,0$. O Mapa 1, a seguir, mostra que os DS com bairros mais populosos concentram as áreas com piores condições socioeconômicas. Assim, é nítida a vulnerabilidade social que incide sobre os moradores de regiões mais populosas, identificando as localidades mais e/ou menos privilegiadas.

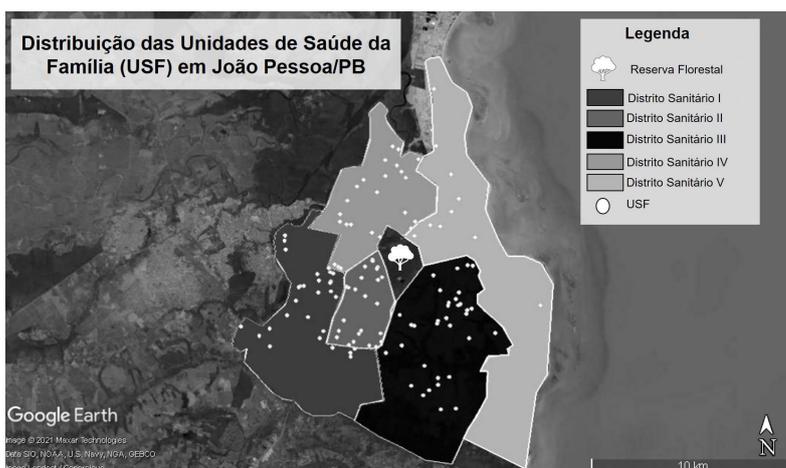


Mapa 1. Distritos Sanitários de João Pessoa com bairros mais populosos (2010) e áreas com piores condições socioeconômicas (2000)

Fonte: Elaboração dos autores com base no IBGE (2010) e IEX (2000).

Em relação à AB, em novembro de 2020, João Pessoa possuía 91,57% de cobertura populacional: é a quinta capital brasileira com melhor cobertura (BRASIL, 2021). O município dispunha, em 2014, de 217 equipes de saúde da família, atuando em 126 Unidades de Saúde da Família (USF), 29 delas no DS I, 30 no DS II, 37 no DS III, 16 no DS IV e 14 no DS V (PESSOA, 2014).

O Mapa 2, a seguir, apresenta a distribuição espacial dos serviços de AB de João Pessoa. Por meio dele, revela-se que os DS com piores IEX, menor quantidade de bairros e maior concentração populacional (DS I, II e III) contam com maior quantidade de USF (76%). Em contraponto, os DS IV e V têm menor número de USF (24%), melhores IEX, maior quantidade de bairros e menor concentração populacional. Essa distribuição dos serviços da AB segue o princípio da equidade do SUS, contida na Política Nacional de AB (BRASIL, 2017), com o propósito de garantir o acesso à população em contexto de maior vulnerabilidade.



Mapa 2. Distribuição espacial dos serviços de AB da cidade de João Pessoa

Fonte: Elaborado pelos autores com base no CNES (s.d.).

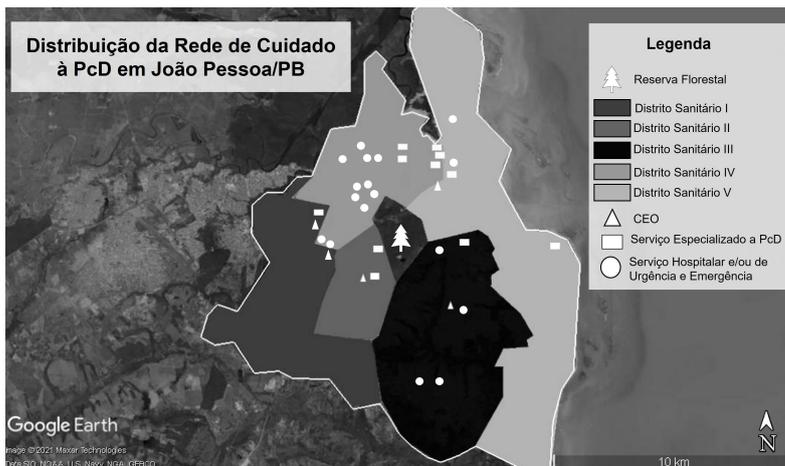
Para que o cuidado seja contínuo e efetivo, não basta o usuário ter acesso às ESF; é necessário que ele seja extensivo aos demais pontos da rede, e com qualidade. No que se refere aos serviços de saúde especializados em habilitação/reabilitação para PcD, há no município diversas ofertas públicas, privadas e conveniadas que, na maioria dos casos, não se articulam, uma vez que não há registro ou documento que as identifique como componentes da RCPcD municipal. Assim, neste estudo, serão considerados os serviços públicos e conveniados de habilitação/reabilitação à PcD, de gestão das secretarias de Saúde, Educação e/ou Desenvolvimento Social, municipal e/ou estadual, totalizando dez equipamentos:

- Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (Funad) – fundada em 1989 como órgão da administração indireta, foi habilitada como Centro Especializado em Reabilitação do tipo IV (CER IV) em 2013, nas modalidades física, intelectual, visual, auditiva e múltipla. Está vinculada à Secretaria Estadual de Educação. Localiza-se no bairro Pedro Gondim, DS IV.
- Centro de Referência Municipal para Inclusão da PcD (CRMIPD) – habilitado como CER II nas modalidades física e intelectual, administrado pelas secretarias municipais de Educação, Desenvolvimento Social e Saúde. Em desconformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), tem duas sedes: uma em Pedro Gondim, DS IV, referência para crianças e adolescentes, inaugurada em 2005, e outra em Jaguaribe, DS I, referência para adultos, serviço de órteses, próteses e de atenção a pessoas ostomizadas, inaugurada em 2017.

- Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha (ICPAC) – fundação filantrópica, fundada em 1944 e habilitada como CER II em 2019, nas modalidades visual e intelectual. Localiza-se no bairro dos Estados, DS IV.
- Centro de Referência Municipal para PcD em Microcefalia (Centro de Microcefalia) – referência para crianças de zero a seis anos com microcefalia. Vinculado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, foi inaugurado em 2019. Localiza-se no bairro de Tambauzinho, DS V.
- Centro-dia de Referência para PcD – referência para pessoas de 18 a 59 anos em cuidados básicos da vida diária. Vinculado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, foi inaugurado em 2013. Situa-se no bairro dos Estados, DS IV.
- Centro de Atendimento ao Autista (Centro do Autista) – referência para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Inaugurado em 2020. localiza-se no bairro do Varjão, DS II.
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) – associação filantrópica fundada em 1957, é conveniada à rede SUS por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde para atendimento de pessoas com deficiência intelectual e física. Localiza-se no bairro dos Bancários, DS III.
- Associação Pestalozzi de João Pessoa – instituição filantrópica fundada em 1977, conveniada à rede SUS pela Secretaria Municipal de Saúde para atendimento de pessoas com deficiência intelectual e física. Localiza-se no bairro do Cristo, DS II.
- Associação Paraibana de Equoterapia (Aspeq) – fundada em 2000 e conveniada à rede SUS pela Secretaria Municipal de Saúde, para equoterapia com pessoas acima de dois anos, exceto para aquelas com Síndrome de Down. Localiza-se no bairro Altiplano, DS V.
- Centro Helena Holanda – organização não governamental sem fins lucrativos, fundada em 2000 e conveniada à rede SUS pela Secretaria Municipal de Saúde para atendimento de pessoas com deficiência intelectual e física. Localiza-se no bairro Pedro Gondim, DS IV.

Ademais, na presente análise, também foram considerados componentes da RCPcD em João Pessoa: na Atenção Especializada em Reabilitação, os cinco Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados para atender às PcD e os dezessete serviços da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, compostos de treze hospitais e de quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Com base nessas informações, foi possível a criação do Mapa 3, em que se apresenta a localização dos dez serviços especializados em reabilitação da RCPcD, dos cinco CEO e dos dezessete serviços de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.



Mapa 3. Localização dos serviços de Atenção Especializada e de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência da RCPcD de João Pessoa

Fonte: Elaborado pelos autores com base no CNES (s.d.)

Nesse mapa, verifica-se a concentração dos Serviços Especializados em Reabilitação e dos Serviços Hospitalares e de Urgência e Emergência nos DS IV e V (62,5%). Destaca-se o cenário inverso, quando se analisa a atenção odontológica especializada: nesse caso, 80% (4) dos CEO se localizam nos DS I, II e III e apenas 20% (1) no DS V. Há, portanto, um vazio assistencial no DS IV.

4. Discussão

As diferenças socioeconômicas dos cinco DS de João Pessoa têm relação com seu processo histórico de ocupação urbana. A cidade se constituiu num processo colonizador iniciado em 1585 às margens do rio Sanhauá (PASSOS et al., 2012) (DS I), na comunidade Porto do Capim. Com a construção do Porto de Cabedelo, ao norte de João Pessoa, o município cresceu na direção do mar (oeste-leste), ao contrário de outras capitais litorâneas (BRAGA; MORAES, 2016). Assim, a região do Porto do Capim e seus entornos sofreram desvalorização habitacional e comercial, ao passo que a região leste (região das praias, DS V) se expandiu e valorizou. Esse crescimento foi impulsionado pela pavimentação da avenida Epitácio Pessoa, iniciada em 1910, ligando o centro da cidade à orla da capital (MARTINS; MAIA, 2015). Hoje, as margens dessa avenida, em sua maioria localizada no DS IV e no DS V, têm os metros quadrados mais caros da cidade e os bairros com os melhores IEX (SPOSATI et al., 2010).

Por sua vez, na região mais ao sul do rio Sanhauá (DS II e III), crescem comunidades populares, em conjuntos habitacionais de interesse social e em ocupação de terrenos ociosos, marcados pela solidariedade orgânica e por grande densidade populacional. Na região oeste (DS I), situa-se a área industrial da cidade (KOURY, 2018), cujos bairros exibem os piores IEX.

Contudo, os DS não são espaços homogêneos, pois internamente eles apresentam desigualdades sociais, refletidas em discrepantes IEX. A desigualdade é observada, por exemplo, no DS III, espaço populoso, com bairros como Jardim São Paulo (IEX 0,66) e Paratibe (IEX -0,95). Da mesma forma, no DS V, área nobre, aportam os bairros Ponta do Seixas (IEX -0,94) e Aeroclub (IEX 1,0).

Em consonância com as características históricas do desenvolvimento e da ocupação do solo urbano de João Pessoa, além de aspectos econômicos e populacionais singulares de cada DS, observa-se a distribuição desigual das instituições de habilitação/reabilitação à PcD. A capital paraibana, assim como o Brasil, é construída numa produção urbana capitalista que potencializa as desigualdades territoriais (CATALÃO; MAGRINI; LINDO, 2019). Retomando a perspectiva miltoniana do território como espaço que reflete a cidadania de seus habitantes, é possível identificar que os DS I, II e III, com piores IEX, possuem os maiores vazios assistenciais da atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência da RCPcD, o que, em decorrência, reduz a cidadania de seus habitantes. Ao contrário, nos DS IV e V, com os melhores IEX, concentra-se o maior número de serviços da rede, favorecendo os habitantes desses locais.

Na análise da distribuição espacial dos serviços da rede especializada PcD de João Pessoa, não podemos desconsiderar os modos de organização da cidade e seus efeitos na vida das pessoas. As desigualdades sociais produzem espaços luminosos e opacos (SANTOS; SILVEIRA, 2006, p. 264):

[...] espaços luminosos [...] são aqueles que mais acumulam densidades técnicas e informacionais, ficando assim mais aptos a atrair atividades com maior conteúdo em capital, tecnologia e organização. Por oposição, os subespaços onde tais características estão ausentes seriam os espaços opacos.

O presente estudo evidencia, desse modo, as desigualdades sociais estruturantes do município de João Pessoa, que constituem espaços luminosos, como os DS IV e V, providos das melhores condições socioeconômicas (melhores IEX) e objeto de investimentos sociais e urbanísticos, e espaços opacos, como os DS I, II e III, com piores condições socioeconômicas (menores IEX).

Assim, se, por um lado, respondendo às dinâmicas histórica, econômica, sanitária e social da cidade, a distribuição da ESF e de CEO no município expressa maior cobertura assistencial à população cujo acesso se dá exclusivamente em virtude do vínculo a serviços do SUS nos DS I, II e III (territórios opacos, com menores IEX e maior população), por outro, observa-se maior concentração dos serviços de maior densidade tecnológica da RCPcD (reabilitação, hospitalar e urgência/

emergência) nos espaços mais luminosos de João Pessoa (DS IV e V), com 22 dos 27 (81,5%) pontos de atenção. Essa situação evidencia uma intensificação das desigualdades, que, para além de outras dimensões, se apresenta também de modo a fragilizar as possibilidades de acesso das PcD em maior situação de vulnerabilidade a serviços que poderiam proporcionar mais ganhos de autonomia. Com isso, restringem-se ainda mais as possibilidades de efetivação do direito à cidade pelas PcD (SILVA; MATTIELLO, 2020).

Especificamente no tocante aos serviços hospitalares e de urgência e emergência, o município dispõe de dezessete instituições vinculadas à RCPcD, das quais onze estão no DS IV, duas no DS V e quatro no DS III, com vazio assistencial nos DS I e II. Na mesma direção, o DS III (mais populoso e com piores IEX) detém apenas um serviço especializado em reabilitação (Apae), um CEO (Tipo I municipal) e quatro serviços hospitalares e de urgência e emergência.

Essa distribuição de serviços condiz com a implementação da atenção especializada no SUS em todo o país. Além de insuficiente e heterogênea, ela sofre forte influência de interesses privados, inclusive na abertura e no funcionamento dos serviços públicos (SOLLA; CHIORO, 2012). Quanto a isso, para Mendes (2010, p. 15) os equipamentos de atenção secundária e terciária – “os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados” –, por serem tecnologicamente mais densos, tendem a apresentar concentração espacial, o que os diferencia da AB, com menor densidade tecnológica e maior capilaridade.

Destaca-se a concentração de dois serviços de reabilitação (Centro-dia e Centro Helena Holanda) e dos três CER existentes (Funad, ICPAC, CRMIPD-sede 1) no DS IV, o que exacerba as iniquidades de acesso. Por outro lado, os DS II e V contam com dois serviços especializados cada, uma instituição da sociedade civil conveniada (Pestalozzi no DS II e Aspeq no DS V) e um serviço especializado de única modalidade (Centro do Autista no DS II e Centro de Microcefalia no DS V). Os DS I e III, por seu turno, têm apenas um serviço cada: o CRMIPD-sede 2 (público) no DS I e a Apae (conveniada) no DS III.

Além disso, dos dez serviços de reabilitação mapeados, são totalmente públicos apenas o CRMIPD (com duas sedes) – de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a Funad – de gestão da Secretaria Estadual de Educação, e o Centro-Dia – de gestão da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. O Instituto dos Cegos, serviço filantrópico, é atualmente habilitado como CER II. Apae, Pestalozzi, Centro Helena Holanda e Aspeq são serviços filantrópicos conveniados, e os Centros de Microcefalia e do Autismo, vinculados à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, foram inaugurados em parceria com instituições filantrópicas que já realizavam ações destinadas à população PcD nesses locais. Observa-se, assim, que a

construção da RCPcD em João Pessoa não segue um planejamento territorial, ou seja, ela consiste em uma ampliação das instituições filantrópicas já existentes, seja por habilitação, seja por convênio.

Essas análises apontam a baixa presença de dispositivos de cuidado do poder público em territórios opacos da cidade e os desafios na implantação dos serviços de saúde pautados nas normativas do SUS, em especial do princípio da equidade e da diretriz da territorialização, que demanda o planejamento das ofertas de serviço, garantindo o acesso geográfico a todos/as, com prioridade às populações em maior situação de vulnerabilidade (GIOVANELLA et al., 2018).

Em estudos recentes, Oliveira et al. (2019) avaliaram as barreiras de acesso da população em geral aos serviços de saúde em cinco regiões brasileiras e pontuaram que a distância e o longo tempo de chegada a eles é reflexo da desigualdade social. Farias et al. (2020) também identificaram que barreiras como escassez de cobertura assistencial e localização dos serviços, ao dificultarem o acesso das PcD, produzem desistências na procura dos serviços, e isso repercute no agravamento das doenças, sobretudo para as pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social. Esse parece ser um desafio para a promoção do cuidado, já que conseguir o tratamento é difícil pela produção capitalística da cidade, mas manter a continuidade dele pode ser ainda mais complicado.

Com base no exposto, percebe-se que, em João Pessoa, a desigualdade socioespacial dos serviços de saúde da RCPcD se fundamenta em uma raiz histórica e urbanística que prioriza alguns DS em detrimento de outros. O acesso aos serviços de saúde por essas pessoas encontra vários desafios, dentre os quais uma distribuição territorial desigual e iníqua dos componentes da RCPcD, em especial daqueles da Atenção Especializada e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, o que impacta na vulnerabilização das populações mais empobrecidas e localizadas nos espaços mais opacos da cidade.

Considerações finais

Este estudo evidenciou a influência dos aspectos históricos, demográficos, econômicos e sanitários no planejamento urbano da cidade e, conseqüentemente, na organização dos serviços de saúde. Um número maior de equipamentos de alta densidade tecnológica (Atenção Especializada, Hospitalar e de Urgência e Emergência) no atendimento para PcD está situado nos espaços luminosos de João Pessoa (DS IV e V). Por outro lado, os DS com bairros mais populares e com a maior parte da população dependente do SUS (DS I, II e III) vivem na opacidade e não dispõem dos vigorosos equipamentos públicos especializados na atenção à saúde para PcD. Corroboram-se neste texto as contribuições de Santos e Silveira (2006),

que sinalizam as características da segregação na cidade e a potencialização resultante das situações de vulnerabilidade. Mas, ao analisarmos como esse processo incide especificamente sobre PcD, foi possível evidenciar de que maneira essa especificidade territorial intensifica as desigualdades sociais, dada a condição geral de maior vulnerabilidade de tais pessoas na sociedade atual.

Desse modo, é fundamental considerar esses aspectos no planejamento das ofertas em saúde e tais singularidades demandam outros e mais amplos estudos. É preciso avançar em pesquisas que superem algumas limitações deste trabalho, com acesso a dados mais atualizados sobre o quantitativo populacional e a caracterização socioeconômica dos cinco DS de João Pessoa, assim como com a identificação territorial das vulnerabilidades sociais que podem ter sido potencializadas ou minimizadas ao longo das últimas décadas. Nesse aspecto, vale ressaltar que a capital paraibana vem sofrendo grande expansão habitacional e demográfica, com áreas com forte verticalização das moradias e especulação imobiliária e outras com agravamento das condições de vida da população, num reflexo da agudização das desigualdades sociais que se desenvolveram nos últimos anos em grande parte do Brasil. Voltar o olhar para essas desigualdades e suas repercussões para a saúde da população, na busca de soluções para essa realidade, precisa ser um compromisso da produção do conhecimento no campo da Saúde Coletiva, na sua interface entre Saúde, Ambiente e Território, mas também de pesquisadores da área de Planejamento Urbano e Regional.

Referências

- AMARAL, F. L. J. S *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, 2012. doi 10.1590/S1413-81232012000700022. Acesso em: 15 dez. 2021.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 121-144, v. 2.
- BASTOS, L. B. R.; BARBOSA, M. A.; BASTOS, D. A. S. Regulação da saúde no Brasil: conceitos, governança e acesso. *Enfermagem Brasil*, v. 19, n. 4, p. 336-344, 2020. doi 10.33233/eb.v19i4.3635. Acesso em: 15 dez. 2021.
- BRAGA, E. O.; MORAES, C. G. M. SM. Porto do Capim: lutas e estratégias de existência de uma comunidade ribeirinha no centro histórico de João Pessoa/PB. *Revista Ñanduty*, v. 4, n. 4, p. 20-52, 2016.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 15 dez. 2016.

- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- _____. *E-gestor Atenção Básica – Informação e gestão da Atenção Básica*. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 15 dez 2021.
- _____. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2021.
- CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva [on-line]*, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. doi 10.1590/1413-81232018236.05582018. Acesso em: 3 mar. 2022.
- CATALÃO, I.; MAGRINI, M. A.; LINDO, P. Urbanização, (contra)desenvolvimento e direito à cidade. *Boletim de Geografia*, v. 37, n. 1, p. 199, 2019. doi 10.4025/bolgeogr.v37i1.36923. Acesso em: 15 dez. 2021.
- ESTEVES, C. O. et al. A rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: um caminhar para além do instituído. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 151-161.
- FARIAS, C. M. L. et al. Absenteísmo de usuários. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2239-2239, 2020. doi 10.5712/rbmfc15(42)2239.
- GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- _____. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. doi 10.1590/1413-81232018236.05562018. Acesso em: 15 dez. 2021.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 175-198.
- GUIMARÃES, J. R.; SANTOS, R. T. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe8, p. 219-233, 2019. doi 10.1590/0103-11042019S816. Acesso em: 15 dez. 2021.
- GOOGLE. Google Earth website, 2009. <http://earth.google.com/>.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico: cidades – Paraíba*. João Pessoa; 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>.
- IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 1005-1016, 2017. doi 10.1590/1807-57622016.0808. Acesso em: 15 dez. 2021.
- JOÃO PESSOA. Lei nº 8.302, de 31 de outubro de 1997. Dispõe sobre a criação de órgãos na Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/1997/830/8302/lei-ordinaria-n-8302-1997-dispoe-sobre-a-criacao-de-orgaos-na-secretaria-da-saude-e-da-outras-providencias?r=p>. Acesso em: 15 dez. 2021.

- KOURY, M. G. P. Os homens comuns pobres na expansão do núcleo urbano de João Pessoa, PB: a periferação da cidade. *Sociabilidades Urbanas*, v. 2, n. 5, p. 15-28, 2018.
- MARICATO, E. É a questão urbana, estúpido! In: MARICATO, E. *et al. Cidades rebeldes: Passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil*. São Paulo: Boitempo; Carta Maior, 2013. p. 19-26.
- MARTINS, P. D.; MAIA, D. S. A produção do espaço e da paisagem da avenida Epitácio Pessoa, João Pessoa – PB. *URBANA: Revista Eletrônica do Centro Interdisciplinar de Estudos sobre a Cidade*, v. 7, n. 1, p. 172, 2015. doi 10.20396/urbana.v7i1.8642553. Acesso em: 15 dez. 2021.
- MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1993. 310 p.
- _____. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. doi 10.1590/S1413-81232010000500005. Acesso em: 15 dez. 2021.
- MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. O teto de gastos faz mal à saúde. In: DWECK, E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A. L. M. de (org.). *Economia pós-pandemia: desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico*. [s.l.]: Autonomia Literária, p. 172-182, 2020.
- OLIVEIRA, R. A. D. *et al.* Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, e00120718, 2019. doi 10.1590/0102-311X00120718. Acesso em: 15 dez. 2021.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.
- PAIVA, J. C. M.; BENDASSOLLI, P. F. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. *Psicologia em Revista*, v. 23, n. 1, p. 418-429, 2017.
- PASSOS, L. A. *et al.* Processo de expansão versus sustentabilidade urbana: reflexão sobre as alternativas de deslocamento na cidade de João Pessoa, PB. *urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v. 4, p. 47-59, 2012.
- PESSOA, P. M. J. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, p. 260-268, 2012.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. *GEOgraphia*, v. 1, n. 1, p. 7-13, 1999.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. [S.l.: s.n.], 2008.
- SILVA, R. L. N.; MATTIELLO, D. C. P. Direito à cidade e Pessoas com Deficiência: o bem-estar urbano como vetor para a efetivação de direitos. *Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade*, v. 6, n. 2, p. 1-17, 2020.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. A atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. (ed.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-546.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [on-line]*, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. doi 10.1590/1413-81232018248.34462018. Acesso em: 3 mar. 2022.

SPOSATI, A. et al. *Topografia social da cidade de João Pessoa*. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2010. 172 p.

Tarcisio Almeida Menezes

Psicólogo pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da mesma instituição (PPGSC/UFPB).

Email: tarcisio.ufpb@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4230-6879

Contribuição de autoria: conceituação; curadoria de dados; análise formal; obtenção de financiamento; investigação/pesquisa; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão/orientação; validação; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição..

Matias Aidan Cunha de Sousa

Graduando em Medicina no Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Email: matiascunhao@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8800-6826

Contribuição de autoria: conceituação; curadoria de dados; análise formal; obtenção de financiamento; investigação/pesquisa; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão/orientação; validação; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição.

Luciano Bezerra Gomes

Graduado em Medicina (2003), com residência médica em Medicina Preventiva e Social (2005) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre (2010) e doutor (2016) no Programa de Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Email: lucianobgomes@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1957-0842

Contribuição de autoria: conceituação; curadoria de dados; análise formal; obtenção de financiamento; investigação/pesquisa; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão/orientação; validação; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição.

Daniella de Souza Barbosa

Graduada em Fisioterapia (2003), com especialização em Gerontologia (2004), pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestrado em Educação (2009) e Doutorado em Educação (2014) pela mesma universidade.

Email: daniella.77.fcm@gmail.com

ORCID: 0000-0003-3533-146X

Contribuição de autoria: conceituação; curadoria de dados; análise formal; obtenção de financiamento; investigação/pesquisa; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão/orientação; validação; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição.

Juliana Sampaio

Psicóloga e mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Email: julianasmp@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-0439-5057

Contribuição de autoria: conceituação; curadoria de dados; análise formal; obtenção de financiamento; investigação/pesquisa; metodologia; administração do projeto; recursos; software; supervisão/orientação; validação; visualização; escrita – primeira redação; escrita – revisão e edição.

Submissão: 4 de março de 2022.

Aprovação: 25 de setembro de 2022.

Como citar: MENEZES, T. A.; SOUSA, M. A. C. de; GOMES, L. B.; BARBOSA, D. de S.; SAMPAIO, J. Distribuição espacial dos serviços de saúde especializados para pessoas com deficiência em João Pessoa/PB: uma análise sobre o acesso em saúde. *Revista brasileira de estudos urbanos e regionais*. V. 24, E202242, 2022. <https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202242>.

Artigo licenciado sob Licença Creative Commons (CC-BY)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>