

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: REDE DE CUIDADOS E ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

HEALTH CARE OF DISABLED PERSON: CARE NETWORK AND INTERDISCIPLINARY ACTION

Adriana Aparecida de Oliveira Silva (Orcid: 0000-0003-3073-2205)¹
 Luciana Rocha Nunes Nogueira (Orcid: 0000-0001-6070-0218)¹
 Priscila Salge Mauad Rodrigues (Orcid: 0000-0001-8060-360X)¹
 Jessica Carvalho Lima (Orcid: 0000-0003-0972-1886)¹
 Patricia Ribeiro Marcacine (Orcid: 0000-0003-1784-2231)²
 Priscila Pereira Celestino (0000-0002-5584-752X)³
 Luciane Aparecida Pascucci Sande de Sousa (Orcid: 0000-0002-7160-9556)^{1,4}
 Isabel Aparecida Porcatti de Walsh (Orcid: 0000-0002-2317-1326)^{1,4}

RESUMO

A Pessoa com Deficiência (PCD), assim como todo brasileiro, deverá ter sua saúde assistida conforme a Constituição Federal de 1988; e o Sistema Único de Saúde busca garantir a atenção à saúde em todos os níveis, observados os princípios da universalidade, equidade e integralidade. No entanto, entre as inadequações para acessibilidade da PCD a esses serviços, estão o déficit locomotor, a falta de conhecimento dos profissionais da saúde em atender suas necessidades específicas, as barreiras físicas e atitudinais nas unidades de saúde. Ainda, existem muitas barreiras e dificuldades tanto na atuação da equipe de saúde, facilitando processos de reabilitação/habilitação, quanto na participação igualitária e exercício dos direitos para sua maior inclusão. Portanto, ainda que se considerem políticas, leis e decretos que garantam direitos nos cuidados em saúde e acessibilidade às PCD, essa população possui restrições no que se refere a usufruir dos benefícios garantidos nas legislações. Dessa forma, torna-se importante refletir sobre a atuação interdisciplinar e a rede de serviços à saúde para atender à crescente demanda da PCD, uma vez que o desenvolvimento de potencialidades, habilidades e aptidões física, cognitiva, psicossocial, sensorial e profissional desta depende de uma rede que articule os distintos níveis de atenção e uma equipe orientada e capacitada em suas competências, responsabilidades e ações para esses indivíduos.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Sistema Único de Saúde; Políticas públicas de saúde; Assistência à saúde; Integralidade em saúde.

ABSTRACT

The Person with Disabilities (PCD), as well as all Brazilians, should have their health assisted according to the Federal Constitution of 1988; and the Unified Health System seeks to guarantee health care at all levels, observing the principles of universality, equity and integrality. However, among the inadequacies for the accessibility of the PCD to these services, there is the locomotor deficit, the lack of knowledge of health professionals to meet their specific needs, the physical and attitudinal barriers in health units. Still, there are many barriers and difficulties both in the performance of the health team, facilitating rehabilitation / habilitation processes, as well as in equal participation and exercise of rights for their greater inclusion. Therefore, even though policies, laws and decrees are considered that guarantee rights in health care and accessibility to PCD, this population has restrictions in terms of enjoying the benefits guaranteed by legislation. Thus, it is important to reflect on the interdisciplinary performance and the health service network to meet the growing demand for PCD, since the development of potential, skills, and physical, cognitive, psychosocial, sensory and professional expertise depends on a network that articulates the different levels of care and a team oriented and trained in their competences, responsibilities and actions to these individuals.

Keywords: Disabled persons. Unified health system. Public health policy. Delivery of health care. Integrality in health.

Contato

Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
 E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

¹ Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

³ Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediatria, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Departamento de Fisioterapia Aplicada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹ e a Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência² definem pessoa com deficiência (PCD) como aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, em função da interação com diversas barreiras, pode ter sua participação plena e efetiva na sociedade obstruída, em igualdades de condições com as demais pessoas².

Quase 24% da população brasileira, mais de 45 milhões de brasileiros, é composta por PCD³, sendo em primeiro lugar a deficiência visual (18,6%); em segundo, a motora (7,0%); seguida da deficiência auditiva (5,10%) e mental ou intelectual (1,40%)⁴.

Assim como todo brasileiro, a PCD deverá ter sua saúde assistida conforme art. 196, Seção II – da saúde, da Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir ao cidadão brasileiro um sistema abrangente de atendimento em saúde em todos os níveis de atenção, observados os princípios da universalidade, equidade e integralidade⁶.

A Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPCD)¹, foi instituída inicialmente por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNASPD)⁶, e apresenta como objetivo norteador a reabilitação da PCD, a proteção a sua saúde e a prevenção de agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade¹.

Atualmente, observa-se um avanço no entendimento e mensuração da deficiência e incapacidade, por meio do uso da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que identifica a importância de avaliar e classificar os fatores relacionados com a Funcionalidade e Incapacidade, classificando as

alterações apresentadas pela PCD relativas às funções do corpo e suas estruturas e às limitações das atividades e participações em suas situações reais de vida. Fatores contextuais, ambientais e pessoais identificam as limitações relacionadas com o ambiente social, físico e atitudinal, em que as PCD vivem e conduzem sua vida⁷.

Assim, o termo incapacidade deveria ser utilizado na linguagem da legislação e até nos documentos de associações para ser base nas ajudas econômicas para obtenção de tecnologias de apoio, educação, tratamento e recuperação da saúde, subsídios para obras no domicílio, medicamentos e assistência especializada⁸. Porém, o termo deficiência continua o substituindo, com todas as implicações associadas a ele.

A REDE DE CUIDADOS

A Lei Brasileira de Inclusão da PCD refere que o processo de reabilitação e habilitação deve se basear em: avaliação multidisciplinar das potencialidades, necessidades e habilidades da PCD, observando os princípios de diagnóstico e intervenção precoces; adotando medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões; atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da PCD; ofertando rede de serviços articulados com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às suas necessidades específicas e prestando serviços próximo ao seu domicílio, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do SUS².

No entanto, entre as inadequações para acessibilidade das PCD aos serviços de saúde, estão o deficit locomotor, a falta de conhecimento dos profissionais da saúde em atender suas necessidades específicas, as barreiras físicas e atitudinais nas unidades de saúde, bem como a falta do co-

nhcimento do potencial dessas pessoas⁹. Portanto, ainda que se considerem políticas, leis e decretos que garantam direitos nos cuidados em saúde e acessibilidade às PCD, essa população possui restrições no que se refere a usufruir dos benefícios garantidos na legislação¹⁰.

Dessa forma, torna-se importante refletir sobre a rede de serviços à saúde para atender à crescente demanda da PCD e à atuação interdisciplinar, uma vez que o desenvolvimento de potencialidades, habilidades e aptidões física, cognitiva, psicossocial, sensorial e profissional dela depende de uma rede que articule os distintos níveis de atenção e uma equipe orientada e capacitada em suas competências, responsabilidades e ações para esses indivíduos.

Buscando uma melhor organização do serviço de saúde brasileiro, o modelo hoje preconizado pelo Ministério da Saúde é o de RAS¹¹. Estas:

[...] apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliarquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população¹².

Para a PCD, a RAS é representada pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS¹³, com o objetivo de ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde e garantir a articulação e a inte-

gração desses pontos nos territórios, enfatizando que o cuidado deve estar na atenção de forma colaborativa realizada entre a equipe multiprofissional e a PCD, bem como sua família. A atuação em conjunto deve ser partilhando o conhecimento e a ação clínica sempre enfatizando o autocuidado apoiado¹⁴.

A proposta da RCPCD no âmbito do SUS prevê que os cuidados a essas pessoas devam ser organizados a partir dos componentes Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência que, articulados, garantam a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos pontos de atenção¹³.

No entanto, a maioria das iniciativas tem sido isolada e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, com uma fragmentação desse cuidado, ausência de comunicação direta nos diferentes níveis de complexidade e entre as equipes de saúde da atenção primária e do serviço de reabilitação, resultando em atenção ineficaz e fragmentada¹⁵. Cada ponto de atenção atua exclusivamente em seu espaço, limitado e isolado dos demais; e os profissionais de saúde não interagem entre as equipes para atender a PCD no que dependa de aspectos que fujam ao habitualmente condicionado pelas rotinas dos setores/serviços nos quais atuam¹⁶. Assim, a expectativa dos gestores públicos deve estar focada na meta de que se possa estruturar um grupo voltado ao cuidado da PCD, para estudo do território, envolvendo profissionais de saúde, lideranças e moradores locais¹⁷.

Considerando o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada do sistema em rede e coordenador das intervenções do primeiro nível de atenção, procedendo os respectivos encaminhamentos para demais pontos de atenção¹⁴, o atendimento desses usuários nesse nível de atenção deveria ser um elemento facilitador do acesso ao seu cuidado, diminuindo a demanda reprimida nos setores especializados. No entanto, a assistência à saúde da PCD ainda está mais

direcionada aos serviços de média complexidade e de reabilitação, apresentando comprometimento do acesso e, assim, não garantindo que os cuidados sejam realizados respeitando a integralidade¹⁸.

Historicamente, os serviços de reabilitação, no Brasil, caracterizaram-se pela baixa cobertura e resolubilidade; assistência a PCD concentrada em centros especializados, localizados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidos, excluindo parcela significativa dessa população¹⁹. Com as inovações propostas pela Reforma Sanitária, iniciou-se a reconstrução dessa assistência com a implantação de uma rede territorial. Com a promulgação da PNASPD⁶, que vem sendo reformulada a cada ano, busca-se construir um modelo de reabilitação baseado na integralidade e articulado em redes integradas e regionalizadas, em interface com outras políticas e setores. Para isso, o Ministério da Saúde propõe que os serviços sejam fornecidos da forma mais próxima possível do usuário, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural, integrando-se no conjunto da municipalização da saúde¹.

Com o modelo da RAS¹¹, os Centros de Referência em Reabilitação tornaram-se responsáveis por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial e produção de conhecimentos, tecnologias e capacitação dos profissionais. Os hospitais especializados em reabilitação prestam atendimento aos casos que requerem tecnologia de alta complexidade e intervenção mais frequente e intensa¹.

Ainda, para superar a dificuldade de acesso e ampliar as possibilidades de atenção a esses sujeitos, deve-se considerar a Portaria 4.279/2010¹¹ que discute sobre a orientação comunitária. No entanto, não contempla detalhamentos de como as ações e serviços da ABS possam prestar esclarecimentos sobre acessibilidade, adequações dos ambientes, programas de reabilitação e protetização, entre outras informações relevantes para PCD ou mobilidade reduzida de suas regiões de saúde específicas, perdendo-se a oportunidade de fortalecer a RAS no que concernem às temáticas da tecnologia assistiva, de grande interesse para esse grupo da população²⁰.

Sobre a orientação comunitária, a Portaria 4.279/2010¹¹ recomenda que a ABS utilize habilidades clínicas, epidemiológicas, sociais e avaliativas para complementar e ajustar os programas para atender às necessidades específicas de saúde de uma população definida, por meio da definição e caracterização da comunidade, identificação de seus problemas de saúde, modificação dos programas para abordar esses problemas e monitoramento da efetividade dessas modificações²⁰.

Somando-se à orientação comunitária, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf) foram criados com o objetivo de complementar as ações da ABS, bem como sua resolubilidade, como componente fundamental para potencializar a integralidade do cuidado e resolubilidade desse nível de atenção e do SUS, intervindo na cultura dos encaminhamentos desnecessários, promovendo a discussão da formação dos profissionais de saúde, além de contribuir para evidenciar os gargalos do sistema de saúde, assim como na discussão de casos, no atendimento (conjunto ou não), na interconsulta, na construção conjunta de projetos terapêuticos, na educação permanente, nas intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, em um conjunto de ações intersetoriais, nas ações de prevenção e promoção da saúde, na discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras funções²¹.

O Apoio Matricial também pode ser utilizado, tanto pelos serviços de reabilitação como pelos Nasf, trazendo uma proposta inovadora e potente para a transformação do modelo assistencial, alterando metodologias de trabalho por meio de mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre equipes e apoiadores. Esse, entre outros espaços interdisciplinares, é oportunidade para os profissionais compartilharem seus conhecimentos específicos com a equipe e a comunidade, considerando a intersetorialidade, que requer dinâmica complexa, uma vez que objetiva articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão da atenção em saúde, construindo espaços compartilhados de decisões e ações. Além de propiciar a corresponsabilização do cuidado e facilitar o contato direto entre os serviços, trata-se

de um regulador de fluxos pactuado por profissionais e gestores com formas peculiares de configuração dependentes dos recursos disponíveis de cada loco região²².

Quanto à Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, como componente da RCPCD, considera-se a importância do seu papel articulador com demais pontos de atenção da RAS, priorizando a intervenção precoce de pessoas com lesão neurológica incapacitante nos Centros Especializados de Reabilitação, conforme demarcado pelo art. 22, da Portaria 793/2012¹³.

Outrossim, o preparo da alta hospitalar precisa ser mais elaborado, planejado, de forma que a PCD e seus familiares possam ser adequadamente orientados para a continuidade do tratamento de reabilitação, de acordo com a complexidade exigida por cada caso específico, nos diversos pontos de atenção disponíveis na RAS. No entanto, são raros os hospitais que oferecem programas de orientação e treinamento de familiares, ainda que se trate de graves limitações funcionais. Muitas PCD são entregues às famílias sem orientações básicas acerca de como lidar com as necessidades de cuidados domiciliares e continuidade do tratamento de reabilitação em curto, médio ou longo prazos, a ser executado por equipes que compõem as redes de cuidados extramuros hospitalares²³.

Da mesma forma, relevante para a RCPCD, cabe destacar a Portaria 963/2013²⁴, que em seu art. 3º define que a Atenção Domiciliar (AD) tem como objetivo reorganizar os trabalhos das equipes responsáveis nos cuidados domiciliares, sejam eles da atenção básica, ambulatorial e nos serviços de urgência/emergência e hospitalar; e seus incisos I e II, do art. 1º, que definem abrangência da AD no âmbito do SUS. Segundo o inciso I, a AD deve ser concebida como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada à RAS. Ademais, o enunciado do inciso II esclarece que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) figura como

serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de AD e Equipes Multiprofissionais de Apoio. Em contrapartida, a contratação desses profissionais ainda é uma realidade distante para muitos locais, sendo este um fator limitante para a atenção integral¹⁵.

A ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Quanto a atuação da equipe interdisciplinar, está deverá ser composta por profissionais de diferentes áreas de formação, com o mesmo objetivo no processo de reabilitação da PCD, que é a melhora da qualidade de vida por meio do ganho de autonomia e independência, buscando sempre o desenvolvimento da máxima funcionalidade. No entanto, apesar de a equipe de saúde ser multiprofissional, a ação deve se dar de forma interdisciplinar para garantir o compartilhamento e a corresponsabilização entre os terapeutas¹³, sendo importante compreender o processo de trabalho dessa equipe e quais são as dificuldades encontradas tanto da PCD como dos terapeutas.

Tanto o Estatuto da PCD² como a PNP¹ falam da importância do acesso aos serviços de saúde compostos por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, para que sejam realizados a avaliação e o diagnóstico, a intervenção precoce, o tratamento e a reabilitação, por meio de adoção de medidas para compensar a limitação ou perda da capacidade funcional.

A atuação da equipe interdisciplinar permitirá categorizar a PCD mediante a CIF e, assim, identificar quais são os objetivos a serem trabalhados e alcançados em no seu processo de reabilitação, visando sua máxima funcionalidade. A Resolução nº 452, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde²⁵, dispõe sobre o uso da CIF no SUS e na Saúde Suplementar, tratando da importância de sua utilização e incorporação aos sistemas de informação e dispondo que esta representa uma ferramenta clínica para avaliar as necessidades dos usuários e compatibili-

zar os tratamentos às condições específicas, ampliando a linha de cuidado. Porém, muito ainda precisa ser feito quanto à educação continuada dos profissionais das equipes de saúde, qualificando-os a utilizar essa ferramenta.

A assistência à saúde, por meio de uma equipe bem preparada e capacitada, buscará realizar as modificações e a melhoria da funcionalidade ao longo do tempo, estimulando todas as potencialidades, habilidades e aptidões: física, cognitiva, psicossocial, sensorial e profissional da PCD, adotando estratégias para adequar os fatores ambientais de qualquer natureza, pois o ambiente é um dos principais geradores da incapacidade humana. Esse processo de Habilitação e Reabilitação terá como objetivo o desenvolvimento integral da PCD, para que esta possua autonomia e participação social em igualdade com as outras pessoas².

O trabalho interdisciplinar deverá basear-se na adoção de medidas terapêuticas de treinamento e estratégias de compensação, apoio e aconselhamento, educação, modificações do ambiente, e disponibilização de recursos e tecnologia assistiva, analisando individualmente cada PCD, segundo o tipo de deficiência e a gravidade das limitações funcionais². Ainda, devem implementar ações terapêuticas que tenham em vista tratar de pessoa para cuidados de longo prazo, domiciliar²⁶, que tenham como objetivo reorganizar os trabalhos das equipes responsáveis nos cuidados domiciliares, sejam eles da atenção básica, ambulatorial e nos serviços de urgência/ emergência e hospitalar²⁴.

No entanto, ainda se observa um distanciamento entre o que deveria ser realizado e o que realmente é prescrito. Ainda há pouca utilização desses recursos e investimentos na área, sendo os principais fatores para isso: a ausência de recursos financeiros para aquisição dos dispositivos; o custeio insuficiente desse serviço por parte dos órgãos públicos e empresas privadas de saúde; o des-

conhecimento técnico dos profissionais de reabilitação em relação a eles e a falta de treinamento específico desses profissionais para se tornarem provedores dessa tecnologia²⁷.

Para finalizar todo o processo de reabilitação, o objetivo final e que é um dos maiores desafios da equipe como também da PCD é a tão sonhada inclusão social no meio profissional, podendo exercer uma profissão. A equipe multidisciplinar atuará analisando o momento em que a PCD apresente capacidade funcional e psicológica para o trabalho, e abordará formas terapêuticas que possibilite à PCD adquirir novas capacidades e habilidades biopsicossociais importantes para o retorno ou início do trabalho, sendo este também preconizado pela Lei 13.146 – Estatuto da Pessoa com Deficiência².

Quanto ao fisioterapeuta – considerando a fisioterapia enquanto uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas e a visão mais totalizadora do usuário portador de deficiência, que tem suas ações fundamentadas em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, fisiológicas, patológicas, bioquímica, biofísica, biomecânica, cinesioterápicas, além das disciplinas sociais e comportamentais²⁸ –, esse profissional deve estar preparado para se associar a um trabalho interdisciplinar harmonioso, abrindo caminhos para uma resposta terapêutica mais abrangente e favorável no tratamento dessas pessoas.

CONSIDERAÇÃO FINAL

Mesmo com os instrumentos, leis e projetos voltados à PCD, ainda existem barreiras quando à interligação entre as políticas públicas, RAS e atuação interprofissional, para o melhor entendimento de todos os fa-

tores que possam interferir na participação igualitária e inclusão social dessa pessoa. Para que a assistência à saúde da PCD seja realizada conforme o preconizado nas políticas públicas de saúde, faz-se necessária uma articulação intersetorial dos órgãos públicos; das universidades, desde a formação do profissional, com a visão de integralidade da assistência à saúde e de trabalho em equipe; de um profissional de saúde em constante aperfeiçoamento e de uma PCD engajada na luta por seus direitos, bem como a participação ativa da sua família e de toda sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2017 [acessado 2019 jun 23]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-de-Consolidacao-C3%A7-C3%A3o-n%C2%BA-2-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Consolidacao-C3%A7-C3%A3o-das-normas-sobre-Politic-Nacionais-do-SUS.pdf>
2. Brasil. Lei no 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Diário Oficial da União 2015 [acessado 2019 jun 23]; 7 jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
3. Brasil IBGE. Censo demográfico 2010: famílias e domicílios: resultados da amostra [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [acessado 2019 jun 23]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf
4. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010. [Internet]. 2012 Set [acessado 2019 jun 23]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf
5. Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União 1990 [acessado 2019 jun 23]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.060, de 5 de junho de 2002 [Internet]. Diário Oficial da União 2002 [acessado 2019 jun 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html
7. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. 1a. São Paulo: Edusp; 2003 [acessado 2019 jun 25]. 325 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;jsessionid=2A4D894678A4B0DEB299AEA4D57E1F45?sequence=111
8. Araújo ES de, Martins AC. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? Rev CIF 2015;3(3):18-27.
9. Aragão JS, França ISX, Coura AS, Medeiros CCM, Enders BC. Vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people. Cien Saude Colet 2016; 21(10): 3143-52.
10. Pereira PEC, Caldas ASC, Cabral AKPS. Inclusão profissional de pessoas com deficiência física em um serviço de saúde do Estado de Pernambuco. Rev Ter Ocup Univ São Paulo 2016; 27(2): 146-55.
11. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 30 dez.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2010; 15(5):2297-2305.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União 2012 [acessado 2019 jun 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
14. Oliveira NRC. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. [internet]. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA; 2016 [acessado 2019 jun 23]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>
15. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate* 2018; 42(117):455-467.
16. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis [online]* 2016; 26 (3):1033-105.
17. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto contexto - enferm* 2018; 27 (3): e4480016.
18. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):177-188.
19. Mitre SM. Avanços e Desafios do acolhimento na reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, MG [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
20. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(1):75-84.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [internet]. Diário Oficial da União 2011 [acessado 2019 jun 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
23. Machado WCA, Silva VM, Silva RA, Ramos RL, Figueiredo NMA, Branco EMSC, Rezende LK, Carreiro MA. Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: necessary referrals to rehabilitation. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(10):3161-70.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União 2013 [acessado 2019 jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

25. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012. Aprova resolução que trata da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. [internet]. Diário Oficial da União 2012 [acessado 2019 jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html
26. Brasil Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar: manual instrutivo 2013. [internet]. 2013 [acessado 2019 jun 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_melhor_casa_seguranca_hospital.pdf.
27. Mello MAF. A tecnologia assistiva no Brasil. In: I fórum de tecnologia assistiva e inclusão social da pessoa deficiente e IV simpósio paraense de paralisia cerebral, 1, Belém; 2006. Anais. Belém; 2006.
28. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. [Internet] [acessado 2020 jan 19]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344.

Recebido: 10/09/2019
Aprovado: 02/04/2020