

**Mobilidade de pessoas com deficiência física no Brasil***Mobility of people with physical disabilities in Brazil**Movilidad de personas con discapacidad física en Brasil***Janaina Guilhermina de Alcântara<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6235-6334

**Renato Barbosa Japiassu<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0001-6491-3253

**Chennyfer Dobbins Abi Rached<sup>3</sup>**

ORCID: 0000-0002-4499-3716

<sup>1</sup>Universidade Nove de Julho. São Paulo, Brasil.<sup>2</sup>Faculdade Unyleya. Rio de Janeiro, Brasil.<sup>3</sup>Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.**Como citar este artigo:**

Alcântara JG, Japiassu RB, Rached CDA. Mobilidade de pessoas com deficiência física no Brasil. *Glob Acad Nurs.* 2021;2(Sup.2):e176. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200176>

**Autor correspondente:**

Renato Barbosa Japiassu

E-mail: [renatojapiassu@gmail.com](mailto:renatojapiassu@gmail.com)

Editor Chefe: Caroliny dos Santos

Guimarães da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos

Armada de Oliveira

**Submissão:** 23-06-2021**Aprovação:** 27-07-2021**Resumo**

Objetivou-se identificar as intervenções pertinentes para auxiliar no enfrentamento da deficiência física. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura. A busca para a coleta de dados foi feita na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico. Ao todo, foram encontrados um total de 400 artigos, ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 361 artigos foram excluídos e apenas 39 foram selecionados para esta pesquisa. Como resultado, discute-se que muitas pessoas, com deficiência física, melhoram sua qualidade de vida e seu bem-estar por meio da prática de atividades esportivas. Assim, nesta modalidade, eles usufruem de efeitos positivos para sua saúde pela prática regular desta atividade, contando com Tecnologias Assistivas para esta finalidade, sendo a prática competitiva ou não, conforme a pessoa desejar. Por conclusão, este estudo mostrou que apenas um pequeno número de publicações tratava das questões da adaptação psicológica e do enfrentamento do paciente com deficiência física, sendo necessários mais estudos na literatura com foco em intervenções nas questões de reabilitação ao paciente portador de sequelas ou deficiência.

**Descritores:** Liberdade de Circulação; Limitação da Mobilidade.; Pessoas com Deficiência; Sistema Único de Saúde; Idoso.

**Abstract**

The aim was to identify the relevant interventions to help in coping with physical disability. This is a narrative literature review. The search for data collection was performed in Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) and Academic Google. Altogether, a total of 400 articles were found, when the inclusion and exclusion criteria were applied, 361 articles were excluded and only 39 were selected for this research. As a result, it is argued that many people with physical disabilities improve their quality of life and well-being through the practice of sports activities. Thus, in this modality, they enjoy positive effects for their health by regularly practicing this activity, relying on Assistive Technologies for this purpose, whether the practice is competitive or not, as the person wishes. In conclusion, this study showed that only a small number of publications dealt with the issues of psychological adaptation and coping with patients with physical disabilities, requiring further studies in the literature focusing on interventions in rehabilitation issues for patients with sequelae or disabilities

**Descriptors:** Freedom of Movement; Mobility Limitation; Disabled Persons; Unified Health System; Aged.

**Resumén**

El objetivo fue identificar las intervenciones relevantes para ayudar a afrontar la discapacidad física. Esta es una revisión de literatura narrativa. La búsqueda para la recolección de datos se realizó en Literatura de Ciencias de la Salud de América Latina y el Caribe, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) y Academic Google. En total, se encontraron un total de 400 artículos, cuando se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 361 artículos y solo 39 fueron seleccionados para esta investigación. En consecuencia, se argumenta que muchas personas con discapacidad física mejoran su calidad de vida y bienestar a través de la práctica de actividades deportivas. Así, en esta modalidad gozan de efectos positivos en su salud a través de la práctica regular de esta actividad, apoyándose para ello en Tecnologías Asistivas, ya sea que la práctica sea competitiva o no, según lo desee la persona. En conclusión, este estudio mostró que solo un pequeño número de publicaciones abordaron temas de adaptación psicológica y afrontamiento de pacientes con discapacidades físicas, requiriendo más estudios en la literatura enfocados en intervenciones en temas de rehabilitación para pacientes con secuelas o discapacidades.

**Descriptores:** Libertad de Circulación; Limitación de la Movilidad; Personas con Discapacidad; Sistema Único de Salud; Anciano.



## Introdução

De acordo com a *American Occupational Therapy Association* (AOTA), as Atividades Diárias de Vida (AVD), que também podem ser descritas como atividades básicas de vida, correspondem a atividades voltadas para o cuidado com o próprio corpo, como o banho, eliminações vesical e intestinal, vestuário, nutrição, mobilidade, uso do vaso sanitário e higiene pessoal. A Mobilidade consiste na capacidade do indivíduo mover-se ou mudar-se de uma posição para outra ao desempenhar atividades cotidianas, como a movimentação na cama, as transferências, a deambulação, a movimentação de objetos ou a locomoção em cadeira de rodas<sup>1</sup>.

O crescente número de pessoas com dificuldade de mobilidade se atribui em primeiro lugar, ao aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas resultante do processo de envelhecimento populacional que vem avançando a cada dia, porém, acompanhado de doenças e sequelas que limitam o desempenho funcional gerando situação de dependência e mudança na vida das famílias, que muitas vezes por falta de recursos financeiros, veem aumentar diariamente esta incapacidade<sup>2</sup>. Além de acarretar consequência econômica e social para as famílias, e maior tempo de permanência hospitalar ao paciente<sup>3</sup>.

Segundo dados do DATASUS, um domínio público brasileiro utilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizado pelo Ministério da Saúde (MS), a cada seis segundos, independentemente da idade ou do sexo, um indivíduo morre por Acidente Vascular Encefálico (AVE), e outros permanecem com sequelas que impedem a realização das AVDs, permanecendo dependente de um cuidador ou familiar, cujo impacto econômico e social cai não só para família, mas também acarreta ônus para o sistema de saúde<sup>4</sup>.

Em 2009, os dados do DATASUS apontavam que 160.620 internações ocorreram por acidentes cardiovasculares, sendo que destas o AVE é a terceira maior incidência<sup>4</sup>. Pouco menos que uma década depois, no ano de 2017, as internações subiram para 211.319<sup>5</sup>.

O AVE compreende um distúrbio que lesiona o encéfalo por uma interrupção na irrigação do fluxo sanguíneo do Sistema Nervoso Central (SNC), podendo ocorrer de forma isquêmica ou hemorrágica. As consequências do AVE varia consideravelmente, dependendo da região encefálica afetada, gerando comprometimento na funcionalidade do indivíduo<sup>5</sup>.

Mundialmente, o AVE também traz impactos negativos, compreendendo a primeira causa de morte. No Brasil estes números chegam a 100 mil mortes/ano. Este quadro se agrava à medida que a população brasileira envelhece, de forma que já é a primeira causa de incapacidade funcional, ou deficiência física relacionada a sequelas como: déficit neurológico e diminuição da função cognitiva, além de uma recuperação lenta, o que compromete significativamente a qualidade de vida, sendo também, uma das maiores causas de sequelas permanentes, especialmente relacionadas à mobilidade<sup>5</sup>.

Dentro deste cenário de dificuldade de locomoção, a reabilitação física compreende parte integrante no

processo de recuperação do indivíduo, que conta com o auxílio não só dos familiares, mas da equipe multiprofissional da saúde<sup>6</sup>.

A equipe de reabilitação e acompanhamento de uma pessoa com sequela ou com deficiência física, muitas vezes, utiliza a escala de Ranking, que auxilia na avaliação do paciente com o objetivo de mensurar o grau de incapacidade e dependência em suas atividades diárias de vida. A escala apresenta variável de 0 (sem sintomas) a 5 (deficiência grave). Cientificamente foi utilizada em um estudo realizado na Paraíba-Brasil no ano de 2017, para avaliar o grau de dependência de pessoas com sequelas por AVE, no resultado deste estudo 51,40% dos pacientes apresentavam deficiência grave<sup>7</sup>.

As limitações de uma deficiência física impedem a conexão com a sociedade. Os seis primeiros meses com a deficiência são considerados os mais críticos, pois até a adaptação o indivíduo tem grande dependência e exige maiores cuidados<sup>5</sup>.

As limitações e comprometimentos por sequelas físicas (hemiparesia) compreendem cerca de 50% dos casos, ou seja, a dependência para as AVD justificam a necessidade de dispositivos auxiliares para a mobilidade, os quais compreendem: cadeiras de rodas, cadeiras de banho, bengalas e andadores, o que é previsto pelas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com AVE ou para qualquer outra deficiência física, sendo um importante componente deste processo de adaptação, representando a superação de barreiras para estes pacientes, que com este suporte tendem a desempenhar suas atividades de maneira mais ativa<sup>5</sup>.

Outro agravamento é o vírus da Poliomielite que causou paralisia em mais de 350 mil crianças de, pelo menos, 125 países ao longo de sua epidemia. Embora erradicada no Brasil, a doença continua representando um gasto de mais de U\$ 40 bilhões em países como Afeganistão e Paquistão, não só pelos custos com os atendimentos de pessoas com sequelas, mas com os altos gastos com internação e reabilitação<sup>8</sup>.

No Brasil, a poliomielite gerou uma grande quantidade de pessoas com sequelas. Os primeiros registros da epidemia foram registrados no Rio de Janeiro nas décadas de 1930 e 1940, podendo ser considerada a maior epidemia registrada em nosso país até hoje, desafiando a saúde pública e causando ansiedade e transtornos a sociedade na época<sup>9</sup>.

Embora a doença tenha sido erradicada na década de 1990 por ações conjuntas da Organização Pan-Americana da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, por meio da vacinação, milhões de indivíduos permaneceram com as sequelas como: fraqueza muscular, dificuldade de locomoção, deformidades articulares, tendo que buscar um modo de continuar executando também suas atividades diárias de vida<sup>9</sup>.

Desta forma, as pessoas vítimas de Poliomielite hoje são idosas com sequelas, e necessitam de maior demanda de reabilitação e adequabilidade do lar para um bem-estar físico e social<sup>10</sup>.



Outro cenário que vem despertando o Poder Público nas últimas décadas é o envelhecimento populacional, indicando ações específicas na criação de condições para proporcionar maior autonomia e socialização do idoso, intra-domiciliar ou na sociedade<sup>11</sup>.

O Sistema Único de Saúde ainda não consegue atender a demanda do país, pois as políticas de atenção à pessoa idosa não acompanham as necessidades advindas do comprometimento senil que o próprio envelhecimento traz, como o aumento de doenças crônicas não transmissíveis que causam dependência e incapacidade, ou muitas vezes limitam e causam dependência para as atividades diárias de vida<sup>11</sup>.

Frente a esta situação, demandas são colocadas à saúde pública brasileira e aos serviços de saúde, exigindo modelos que transformem as relações sociais e redimensionem a proteção e relações sociais no país<sup>11</sup>.

O objetivo deste estudo é buscar evidências científicas para identificar as intervenções pertinentes para auxiliar no enfrentamento da deficiência física.

A justificativa para este estudo é que, apesar de alguns artigos já terem explorado as limitações que uma deficiência física causa na vida dos portadores e as intervenções de reabilitação aplicadas a tais pacientes, ainda é frequente observar, na prática, a dificuldade destes indivíduos em retomar sua vida e suas rotinas, ou até mesmo de suprirem suas necessidades básicas de vida. Por isso, adaptações são necessárias, para que consigam viver com dignidade e qualidade de vida.

## Metodologia

É uma revisão narrativa de literatura. Este trabalho visa responder a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas na literatura que buscam identificar as intervenções pertinentes para auxiliar no enfrentamento da deficiência física? Foi utilizado os seguintes descritores: Tecnologia Assistiva para Deficientes Físicos; Assistência Tecnológica para Pessoas Portadoras de Sequelas; Deficientes Físicos; Mobilidade Física Prejudicada. Os dados foram coletados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico.

A busca dos estudos ocorreu no mês de fevereiro de 2020. Foram utilizados como filtro: textos completos em português, inglês ou espanhol na forma de artigo, título contendo os descritores e como assunto principal o deficiente, publicados entre os anos 2010 a 2020, porém a busca foi ampliada para o ano de 2000 a 2020. A justificativa para este recorte temporal tem como motivo principal a escassa literatura, em específico nesta área de pesquisa. Foi possível encontrar, nas bases de dados, um total de 400 artigos.

Os critérios de seleção foram artigos específicos que tinham como tema principal as intervenções pertinentes para auxiliar no enfrentamento da deficiência física.

Os critérios de exclusão foram artigos que teriam como tema somente a deficiência física; deficiência física e

mentais; deficiência física no trabalho; deficiência segundo o modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney.

Após o levantamento da literatura, da bibliografia disponível, o passo seguinte foi organizar o material por meio de fichamento, que se constituiu uma primeira aproximação do assunto. Na sequência, os artigos obtidos foram submetidos a releituras, com a finalidade de realizar uma análise interpretativa direcionada pelos objetivos estabelecidos previamente e, assim, os conteúdos encontrados foram agrupados em seus aspectos históricos e conceituais. Assim, foram eliminados 361 artigos, resultando em 39 artigos, que compuseram este trabalho científico.

Foi utilizado dois artigos de datas anteriores a estas mencionadas acima, de fundamental importância para dar um maior embasamento científico ao texto, sendo os seguintes artigos: a saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas<sup>12</sup>; qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular<sup>13</sup>.

## Resultados e Discussão

Uma deficiência física ou as sequelas de doenças impedem muitas vezes a simples tarefa de atravessar um cômodo da casa, deitar-se ou levantar da cama, usar o vaso sanitário, vestir ou se despir, tomar banho, comprar e preparar alimentos, sair de casa, usar o telefone, tomar os próprios medicamentos, se tornando um desafio a ser superado pelo indivíduo e por seus familiares<sup>14</sup>.

Diante deste fator, a situação socioeconômica tem um fator determinante para saúde e bem-estar de indivíduos nestas condições, para adequação necessária do domicílio ou até mesmo para compra de recursos para deambular na rua<sup>15</sup>.

Estudos com diferentes bases populacionais demonstram que idosos com melhor situação socioeconômica apresentam recuperação mais rápida, mesmo os que se deparam com situação de sequelas<sup>15</sup>.

Infelizmente, o Brasil é um país com importantes desigualdades sociais, ocupando a segunda posição no mundo em termos de concentração de renda, o que influencia negativamente a situação de reabilitação e saúde das pessoas, especialmente para os portadores destas sequelas e deficientes físicos<sup>15</sup>.

Uma pesquisa científica realizada entre cinco países europeus, revelou que o custo direto com os eventos cardiovasculares envolvendo internações e reabilitação foi de 1,26 bilhões de euros/ano. Custo que também é relativamente elevado nos Estados Unidos e até mesmo no Brasil, onde os custos hospitalares com eventos cardiovasculares aparecem na tabela do SUS somando 415.018 casos (49% do total) e os custos destes eventos alcançou R\$ 645.963.613,40, um índice relativamente alto<sup>16</sup>.

Atualmente, um paciente internado por AVE, custa para o SUS em média R\$ 6.000,00 (seis mil reais), sendo este valor estimado sobre uma internação de alta complexidade para tratamento e cuidados. Ao recuperar o déficit neurológico, o tempo de internação não costuma ser maior que 3 a 5 dias a um custo de R\$640,00 diários. Para os casos de sequelas graves, o período de internação pode chegar a



um mês, fazendo com que este custo suba para R\$ 32.000,00<sup>17</sup>.

Pode-se afirmar que nos últimos dez anos este valor totalizou cerca de 1 milhão e 800 mil. Sendo que, em 2009, foram 169.453 pacientes e 191.988 em 2018, um aumento de 13,29 % no período. O valor gasto com internações por AVE superou a margem de 2 bilhões em 10 anos. Regionalmente, estes indicadores de internações acompanham o índice populacional a que se refere, sendo que a região sudeste, por exemplo, apresentou no ano de 2009 745.461 internações; em segundo lugar o Nordeste com 494.162; seguidas pelas regiões sul 360.828; centro-oeste 110.592 enquanto a região norte registrou 107.225 casos<sup>18</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2030 há uma previsão de aumento destes casos para 23 milhões, o que causará cerca de 7,8 milhões de mortes e o restante dos 15,2 milhões ficarão com sequelas, trazendo automaticamente um aumento de custos para a gestão dos serviços de saúde<sup>19</sup>.

Embora as ações de prevenção à ocorrência do AVE estejam cada vez mais fortalecidas, vale ressaltar que ele ainda compreende a terceira maior causa de morte no mundo, e sua taxa de mortalidade é de 12 a 37% no primeiro episódio e 63% para um segundo AVE. Os mais de 2 milhões de sobreviventes a ele, permanecem com sequelas ou incapacidades e necessitam de assistência nas atividades diárias de vida<sup>20</sup>.

Estes "sobreviventes", que na maioria das vezes são idosos, passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, e na mesma proporção que cresce o número de idosos e a expectativa de vida no Brasil, conseqüentemente se torna mais frequente a incidência de outras comorbidades, como Parkinson, Alzheimer, fraturas de fêmur por queda, modificando o perfil de saúde da população idosa<sup>12</sup>.

Embora, no Brasil, de forma particular, tem-se um elevado número de portarias voltadas a criação de uma rede de urgência e emergência, protocolos e diretrizes clínicas para implantação de linhas de cuidado para AVE ou para reabilitação de suas complicações após a alta, ainda são significativamente altas as taxas de reinternações por conta de sequelas incapacitantes que acabam resultando em um futuro óbito. Estas sequelas podem ser não só fisiológicas, mas também mental resultando em ansiedade ou até depressão por não poder andar no próprio domicílio, por exemplo<sup>21</sup>.

Para amenizar esta situação e este comprometimento, atualmente, pode-se contar com dispositivos auxiliares para a mobilidade, como cadeiras de rodas e de banho, bengalas e andadores, que auxiliam não só pessoas com sequelas, mas também qualquer outra deficiência física que o indivíduo apresente, assim como as barras de segurança que podem ser instaladas no interior do domicílio, mas que representam um alto valor para o Sistema Único de Saúde ou até mesmo para o indivíduo e sua família<sup>5</sup>.

Mesmo com várias medidas públicas de empreendedorismo em benefício das pessoas com

deficiências, outras se fazem necessárias, mas deixam de ser implantadas por diversos motivos. É necessário ainda identificar as políticas públicas que atendam este grupo populacional, de forma a saber qual o impedimento para os governantes e para a sociedade, se apenas a falta de recursos ou o desconhecimento legal e técnico de recursos que possam ser implantados, beneficiando estes indivíduos com baixo custo para o sistema público, atendendo não só as necessidades básicas, mas preservando o direito natural e positivo de inclusão das pessoas com deficiência na sociedade<sup>22</sup>.

Certamente grupos mais pobres encontram desigualdade de acesso ao longo da história da civilização, não conseguindo equiparar a oportunidade de reabilitação no próprio domicílio, desta forma, foi deixado de garantir o efetivo direito de cidadania<sup>22</sup>.

No Brasil, desde 2012 vigora a Lei n.º 12.587<sup>23</sup> que regulamenta a Política Nacional de Mobilidade e que traz a criação de um Sistema Nacional de Mobilidade Urbana, cuja finalidade é favorecer o acesso da pessoa com deficiência de modo a utilizar o transporte e deslocamento em todo território brasileiro, e que ressalta em seu Art. 5º:

*"Art. 5º- A Política Nacional de Mobilidade Urbana está fundamentada nos seguintes princípios: I - acessibilidade universal; II - desenvolvimento sustentável das cidades; III - equidade no acesso dos cidadãos ao transporte público coletivo; IV - eficiência, eficácia e efetividade na prestação dos serviços de transporte urbano; V - gestão democrática e controle social do planejamento e avaliação da Política Nacional de Mobilidade Urbana; VI - segurança nos deslocamentos das pessoas; VII - justa distribuição dos benefícios e ônus decorrentes do uso dos diferentes modos e serviços; VIII - equidade no uso do espaço público de circulação, vias e logradouros; e IX - eficiência, eficácia e efetividade na circulação urbana"*<sup>23</sup>.

No entanto, ainda hoje, o deficiente enfrenta muitas dificuldades em seu dia a dia, seja para se locomover nas ruas, no próprio lar ou mesmo para executar atividades diárias de vida ou ainda cuidar dos filhos. Certamente é muito mais fácil a adaptação de uma pessoa que nasce com uma deficiência e tem sua adaptação natural ocorrendo na infância, do que para um adulto em condição pós-evento adverso, se adaptar à nova vida<sup>24</sup>.

Desta forma, as tecnologias assistiva tem promovido inclusão social de pessoas com deficiência, principalmente no que se refere ao deslocamento e autonomia, devendo ser entendida como uma maneira de ampliar a habilidade funcional do deficiente, proporcionar qualidade de vida, além de facilitar a aprendizagem de novas habilidades, frente a esta condição de vida<sup>24</sup>.

Uma invenção ou modelo de utilidade garante, é claro, ao inventor, segurança nas negociações entre ele e a parte interessada em comprar a tecnologia, estimulando o desenvolvimento econômico do país<sup>25</sup>.



Muitos dispositivos tecnológicos apresentam soluções para diversos problemas de diversas naturezas, trazendo inovações para os mais variados assuntos e segmentos<sup>26</sup>.

Desta forma, é provável que existam ferramentas ou dispositivos que possam ser implantados nos domicílios dos pacientes, que possam ser replicadas para minimizar os problemas relacionados à mobilidade domiciliar de deficientes físicos e pessoas com sequelas, e que esta possa ser apresentada aos nossos governantes para atender pessoas com baixa renda, fazendo que tenham o direito à qualidade de vida e bem-estar mesmo com sua deficiência<sup>27</sup>.

A mobilidade é um aspecto intrínseco do ser humano e está ligada às suas sensações, percepções, história pessoal e ao contexto sociocultural. A acessibilidade possibilita que as pessoas utilizem todos os serviços, inclusive os de saúde, disponíveis de acordo com as suas necessidades, em todos os níveis de atenção<sup>28</sup>.

Considerando amplamente a mobilidade física brasileira, cerca de 15% da população apresenta algum tipo de deficiência. A cada seis pessoas, uma tem algum tipo de deficiência ou seqüela, e destas 70% não estão circulando nas ruas e na sociedade por dificuldades de acessibilidade. Muitos utilizam muletas ou cadeiras de rodas, porém a maioria das cidades não dispõe de estrutura adequada para deficientes físicos ou pessoas portadoras de sequelas<sup>29</sup>.

Considerando especificamente os casos de AVE cerca de 40 a 50% das pessoas acometidas por este agravo morrem após seis meses, visto que a maioria delas sofrerá com as deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental. Ainda que os dados epidemiológicos mostrem um declínio da mortalidade, é de se esperar que a incidência da doença reverta num quadro de prevalência de deficiências físicas e mentais relacionadas aos episódios de AVE, o que nos permite afirmar que o AVE é uma doença grave no Brasil, que gera incapacidade crônica, como perda da independência e, muitas vezes, da autonomia para desempenho das atividades diárias<sup>30</sup>.

As pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida devem estar em interação constante com seu meio sócio cultural, elas têm direitos à saúde assegurada na Constituição Federal de 1988 pela Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080/90. A implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM n.º 1.060, de 5 de junho de 2002, firmou princípios importantes do Sistema Único de Saúde (SUS) como: universalidade, integralidade e equidade, estabelecendo diretrizes e responsabilidades institucionais para a reabilitação da pessoa com deficiência<sup>28</sup>.

Porém, quanto mais essa população estiver em um ambiente que lhe restrinja a mobilidade e a acessibilidade, maior a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a uma situação de desvantagem<sup>28</sup>.

Pessoas portadoras de sequelas devem ser estimuladas a movimentação, a fim de movimentar a articulação e restabelecer a mobilidade e controle motor, isto quer dizer que, além do cuidado e auxílio familiar, é

fundamental adequação do ambiente domiciliar, para sanar as principais dificuldades e ajudar a reduzir o alto número de reinternações causadas principalmente por conta da incapacidade e limitação diária<sup>31</sup>.

Uma questão, porém, se transpõe: onde deve morar um paciente deficiente ou portador de seqüela? Para onde deve ser encaminhado? Leitos hospitalares possuem número limitado, desta forma, doentes crônicos, devem retornar as suas casas, até mesmo para evitar o risco de infecções cruzadas por germes mais resistentes do que aqueles existentes na comunidade. Esta afirmativa encontra fundamento desde 1985, quando o Reino Unido aprovou a medicina paliativa como especialidade médica, em seguida os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, Turquia e até mesmo o Brasil em 1990, quando iniciou suas primeiras atividades paliativas, a fim de aliviar o sofrimento dos doentes e contribuir para que estes pudessem usufruir de uma atmosfera domiciliar e com horários de visitas liberado<sup>32</sup>.

A constituição de 1988 instituiu princípios democráticos de saúde garantindo direito às pessoas com deficiência que estão assegurados em diferentes campos, diante desta perspectiva de atenção integral à saúde, o Ministério da Saúde tenta viabilizar, através de vários atos legais, a inclusão da Atenção à Saúde da População com Necessidades Especiais, traçando um modelo assistencial marcado pela abordagem multiprofissional e multidisciplinar, enfatizando ações de promoção à saúde, reabilitação e inclusão social<sup>33</sup>.

Mundialmente, a utilização de recursos auxiliares de reabilitação e assistência à saúde, teve, no início do século XIX, concomitante com a industrialização e sua relação ao aumento de casos de acidentes de trabalho. Porém, os serviços de reabilitação só obtiveram sua importância no início do século XX, com o tratamento de pessoas com sequelas pós-guerra e da epidemia de poliomielite nos Estados Unidos. Nesta fase, as leis de proteção à saúde foram conquistadas pelos trabalhadores, conjuntamente as necessidades de obter a força de trabalho dos portadores de sequelas da guerra, sendo este marco importante para a reabilitação em todo o mundo<sup>33</sup>.

A poliomielite marcou as décadas de 1940 e 1950, onde houve grande número de crianças sobreviventes, portadoras de distúrbios neurológicos e retardo mental, e, desta forma, surgem técnicas de tratamento focadas na reabilitação destas pessoas. Pouco mais tarde, em 1960, nos Estados Unidos, surge o programa de estimulação precoce para crianças, baseado em três premissas: responsabilidade da sociedade, compromisso com as necessidades especiais e o senso de que a prevenção é melhor que o tratamento<sup>34</sup>.

No Brasil, as ações de reabilitação ainda são precárias e desarticuladas, há dificuldade de comunicação da rede, e esta não contempla uma política integral de atendimento às incapacidades. Há descontinuidade entre as ações das esferas pública e privada, a assistência prestada atinge um número reduzido de pessoas<sup>34</sup>.

Entre as esferas incumbidas nos serviços prestados à reabilitação no Sistema Único de Saúde, estão os serviços hospitalares, onde, porém, há grande déficit de organização



e gestão. O aprimoramento profissional para gerir a complexidade de um sistema hospitalar fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras é um dos grandes desafios da gestão pública, buscando como resultado a redução do número de leitos, criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, concentração tecnológica, tanto em equipamentos quanto em processos e novas formas de financiamento<sup>33</sup>.

Na Atenção Básica, por sua vez, se faz necessário um modelo de acesso a bens e serviços de saúde, por meio de políticas públicas mais amplas, capazes de prover qualidade de vida, de modo que associe completamente ações de prevenção e não ações curativas. Visando isto, em 1994, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família (ESF) com foco na assistência integral e multiprofissional, centrada na comunidade vulnerável. Em 2008, surgiram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de auxiliar as equipes da ESF e estender a oferta do cuidado no nível primário reafirmando a integralidade, qualidade e resolubilidade do sistema, contando com diversos profissionais na sua composição<sup>35</sup>.

Dentre os profissionais que podem auxiliar no suporte a saúde da família estão: acupunturista, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, homeopata, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, geriatra, veterinário, profissional de saúde sanitária e outros, cuja composição será definida pelos gestores municipais, de acordo com os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos das necessidades locais, visando à reabilitação, cuidado e promoção de saúde aos pacientes domiciliados que são os mais críticos e necessitam de cuidados múltiplos, porém de forma a não necessitar da intervenção de média e alta complexidade da rede<sup>35</sup>.

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde procedimentos simples, até os procedimentos mais complexos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, porém em contrapartida, diversas situações agravam a saúde, também na atenção básica, considerando a necessidade de novas mudanças. Baseados nisto, vários debates já foram feitos e atualmente permeia a necessidade de implantar Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>35</sup>.

As RAS, por sua vez, compreendem o conjunto de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população. Entretanto esta própria rede, depara-se com o excesso de burocratização do sistema de referência e contrarreferência, criando obstáculos para o acesso de usuários aos serviços prestados, e então incluindo a dificuldade de acesso da população idosa ou deficiente aos locais onde são oferecidas as ações de promoção à saúde<sup>35</sup>.

Os gestores e profissionais de saúde enfrentam desafios diários na prática de trabalho, se deparam com um sistema de saúde desorganizado, onde os pontos de atenção permanecem isolados e sem comunicação. Uma pesquisa de

campo realizada com equipes de ESFs, a locomoção foi apontada como contribuinte de exclusão dos cuidados de saúde e convívio social, as famílias de baixa renda tem ainda maior dificuldade de acesso, e até mesmo a prevenção acaba sendo falha, pois, além da falta de estrutura para o suporte, às condições agudas atendidas pelas unidades de saúde da família, para o transporte de urgências e emergências ao hospital é um problema em 80% dos grupos focais<sup>36</sup>.

A dificuldade de atuação a portadores de declínio funcional, transferiu a esfera do cuidado a um contexto negativo da assistência na ESF. A dificuldade de cuidado a um paciente restrito fisicamente ou portador de seqüela pode gerar um aumento dos maus-tratos ou outros riscos sócios sanitários espontaneamente, pois a falta de estrutura familiar voltada a este momento de retorno do paciente melhorado ao domicílio, acaba sendo fator deflagrador de maus-tratos ou de abandono familiar, atrelado ao menor valor social deste paciente associada à perda da capacidade produtiva, à dependência e à inutilidade do ponto de vista social<sup>36</sup>.

O SUS ainda precisa superar obstáculos importantes em seu processo, embora seja sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento em evolução, considerando as instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social; a busca por produzir novas tecnologias para o cuidado em saúde; implantação de linhas de cuidado na gestão do sistema, rompendo cada vez mais o isolamento da atenção básica e a hierarquização burocrática, para que possa vir a produzir atenção à saúde de qualidade, atendendo às expectativas dos usuários em consolidação com a política do SUS<sup>37</sup>.

Para definir a qualidade na vida de um indivíduo, pode-se basear na situação favorável de aproveitar algo, aceitar ou recusar. Já o termo vida a ele associado, se refere ao conjunto de propriedades que mantém a atividade metabólica e funções orgânicas do indivíduo, e sua capacidade fisiológica de adaptação ou reprodução nas diferentes fases da vida<sup>13</sup>.

Somados assim, então, o conceito para qualidade de vida estaria relacionado à percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, na cultura, seu sistema de valores relacionados a seus objetivos, anseios e preocupações<sup>38</sup>.

Pode-se afirmar ainda que, a qualidade de vida compreende a somatória de fatores que interagem entre sociedade e ambiente, atendendo as necessidades biológicas e psíquicas do indivíduo. Envolvendo os níveis orgânicos, psicológicos, sociais, materiais, comportamentais e estruturais, relacionados à saúde, trabalho, lazer, autoimagem, sexualidade e adaptação social<sup>13</sup>.

O contexto de saúde engloba uma ampla definição, inicialmente o termo *salute* provém do latim e significa salvação, conservação, uma fase em que as funções orgânicas, físicas e mentais se encontram em situação desejável, e quando uma condição de lesão provoca uma deficiência, esta situação de saúde pode estar desfavorável, fazendo com que o indivíduo e sua família tenham que se adaptar as mudanças ocorridas<sup>13</sup>.

Muitos indivíduos portadores de deficiência física melhoram sua qualidade de vida e seu bem-estar por meio



da prática de atividades esportivas, esta prática teve seu início na Grécia Antiga e, após a segunda Guerra Mundial, a prática esportiva recebeu adaptações com maior avanço focado na prevenção de agravos e na reabilitação física, psíquica e social<sup>39</sup>.

Nesta modalidade, os deficientes físicos usufruem de efeitos positivos para sua saúde pela prática regular desta atividade, contando com tecnologias assistiva para esta finalidade, sendo a prática competitiva ou não<sup>39</sup>.

A deficiência física traz modificações que exigem adaptações na vida do indivíduo por falta de condição favorável de envelhecimento e modifica a aparência. Muitas vezes a esclerose das articulações acarreta prejuízos à locomoção<sup>38</sup>.

A população idosa é mais vulnerável a doenças degenerativas e agravos cardiovasculares como AVE, câncer, transtornos mentais, estas doenças muitas vezes causam sequelas que afetam o sistema locomotor e os sentidos da pessoa, o que conseqüentemente causa uma restrição na vida social<sup>38</sup>.

Estes idosos portadores de sequelas têm mais chances de terem depressão e acabam sendo mais expostos a negligência por parte de seus familiares<sup>38</sup>.

Paralelo a isto, soma-se o fato previsto, do aumento do envelhecimento populacional dos brasileiros, desta forma estima-se que o número de idosos portadores de deficiência física ou sequelas, e dependentes de alguma tecnologia assistiva, cresça pela mesma proporção, a isto se relaciona diretamente a qualidade de vida destes idosos, buscando menor dependência de seus familiares e cuidadores, aumentando a capacidade do indivíduo viver plenamente<sup>38</sup>.

Neste contexto, adquirir maior autonomia e qualidade de vida, tanto para um deficiente físico como para

uma pessoa portadora de sequela, aumenta o grau de satisfação com sua própria existência<sup>38</sup>.

Pesquisas mostram que a maior parte dos deficientes físicos se tornam sedentários, ou alteram seus hábitos de vida trazendo ainda maiores chances de complicações e riscos para Diabetes Mellitus, Obesidade, distúrbios do sono<sup>39,40</sup>.

Deve-se levar em consideração que a pessoa acometida por uma deficiência física pode ter sido surpreendida por esta condição, não obtendo o preparo psicológico para “de repente”, assumir um papel de dependente, seja de um familiar ou cuidador, o que causa uma sensação negativa da qualidade de vida experimentada por ambos<sup>13</sup>.

## Conclusão

Este estudo mostrou que apenas um pequeno número de publicações tratava das questões da adaptação psicológica e do enfrentamento do paciente com deficiência física, poucos trabalhos disponíveis na literatura ainda concentram seu enfoque e intervenções nas questões de reabilitação ao paciente portador de sequelas ou deficiência.

De maneira geral, embora a política voltada ao portador de deficiência tenha apresentado um grande avanço, esta amplitude se limitou ao setor privado ou as terceirizações do serviço e sobre imposições de leis para adequação de ambientes, ônibus ou locais públicos, mas ainda não temos leis ou suporte que auxiliem na adequação da vida diária dos deficientes ou pessoas com sequelas, em suas casas.

Os autores declaram que não há conflito de interesse financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governos, empresas e fundações privadas). Não houve fonte de financiamento.

---

## Referências

1. Alves MJ. Mobilidade e acessibilidade: conceitos e novas práticas. *Indústria e Ambiente* [Internet]. 2006 [acesso em 07 jul 2020];55:12–14. Disponível em: [http://ava.unicesumar.edu.br/moodledata/17580/extra/Atividade\\_Disciplinar/Texto\\_de\\_Apoio.pdf?md5=JldysF2B4SsCetNZ1eWETQ&expire=1637808777](http://ava.unicesumar.edu.br/moodledata/17580/extra/Atividade_Disciplinar/Texto_de_Apoio.pdf?md5=JldysF2B4SsCetNZ1eWETQ&expire=1637808777)
2. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(8):1924–1930. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800019
3. Silva MSNV, Benevides MG. A desospitalização de idosos: Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Geral de Fortaleza. *Conhecer: debate entre o público e o privado* [Internet]. 2015 [acesso em 07 jul 2020];5(15):202–223. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/view/1008/858>
4. Oliveira ALR, Dodó BL, Gonçalves CA, Bernardo ÉS, Maniva SJCF. Assistência de enfermagem a um paciente sequelado por Acidente Vascular Cerebral no domicílio baseado na Teoria de Orem. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem* [Internet]. 2016 [acesso em 07 jul 2020];2(2):1–10. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1169/945>
5. Caro CC, Costa JD, Cruz DMC. O uso de dispositivos auxiliares para a mobilidade e a independência funcional em sujeitos com Acidente Vascular Cerebral. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2018;26(3). DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO1117
6. Virmond MCL. Alguns apontamentos sobre a história da prevenção de incapacidades e reabilitação em Hanseníase no Brasil. *Hansen. Int.* [Internet]. 2008 [acesso em 07 jul 2020];33(2):13–18. Disponível em: [http://www.ils.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10927](http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10927)
7. Trigueiro ACQ, Gagliardi RJ. Perfil clínico e funcional de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral no Município de Patos-PB. *Temas em Saúde* [Internet]. 2019 [acesso em 07 jul 2020];19(1):86–100. Disponível em: <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2019/01/19106.pdf>
8. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Paquistão e Afeganistão: os últimos bastiões do poliovírus selvagem [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2019 [acesso em 07 jul 2020]. Disponível em:



[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5831:paquistao-e-afeganistao-os-ultimos-bastioes-do-poliiovirus-selvagem&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5831:paquistao-e-afeganistao-os-ultimos-bastioes-do-poliiovirus-selvagem&Itemid=820)

9. Campos FCA, Santoro FM, Borges MRS, Santos N. Cooperação e aprendizagem on-line. 55. Ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2003.
10. Takahashi N, Ogita N, Takahashi T, Taniguchi S, Tanaka M, Seki M, et al. A regulatory module controlling stress-induced cell cycle arrest in *Arabidopsis*. *Elife*. 2019;9(8):e43944. DOI: 10.7554/eLife.43944
11. Vieira KF, Shitara ES, Mendes ME, Sumita NM. A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. *J Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2011 [acesso em 07 jul 2020];47(3):201-210. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpm/v47n3/v47n3a02.pdf>
12. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1997 [acesso em 07 jul 2020];31(2):184-200. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>
13. Loureiro SCC, Faro ACM, Chaves EC. Qualidade de vida sob a ótica de pessoas que apresentam lesão medular. *Rev. Esc. Enf. USP* [Internet]. 1997 [acesso em 07 jul 2020];31(3):347-67. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/pdf/384.pdf>
14. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2005 [acesso em 07 jul 2020];17(5/6):370-378. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/370-378/pt>
15. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 [acesso em 07 jul 2020];19(3):745-757. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2003.v19n3/745-757/pt>
16. Lessa Í. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens* [Internet]. 2006 [acesso em 07 jul 2020];13(1):39-46. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>
17. Ramão GB, Ferraz RRN, Guirado GMP. Redução dos custos e do tempo de internação em um hospital público da capital paulista com a implementação do protocolo de trombólise em acidente vascular cerebral isquêmico. *RTA*. 2018;7(1):3-10. DOI: 10.21714/2237-3713rta2018v7n1p03
18. Mostardeiro LR, Cunha AF, Silva JS, Franz NL, Courtois F, Menezes LO. Tratamento do Acidente Vascular Cerebral: análise das internações no SUS no Brasil nos últimos 10 anos. Congresso Internacional em Saúde. CISAúde 2019: vigilância em saúde: ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento; 2019; Ijuí. 2019:1-2.
19. Mostardeiro LR, Cunha AF, Silva JS, Franz NL, Courtois F, Menezes LO. Tratamento do Acidente Vascular Cerebral: análise das internações no SUS no Brasil nos últimos 10 anos. Congresso Internacional em Saúde. CISAúde 2019: vigilância em saúde: ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Ijuí; 2019.
20. Andrade LM, Costa MFM, Caetano JÁ, Soares E, Beserra EP. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enf USP*. 2009 [acesso em 07 jul 2020];43(1):37-43. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/05.pdf>
21. Faria AR, Antunes Baccin CR, Viapiana Masiero A. Estratégias para o enfrentamento do Acidente Vascular Cerebral: reflexões e perspectivas. *Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo* [Internet]. 2019 [acesso em 07 jul 2020]. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/02/acidente-cerebral.html>
22. Chagas AMR. Avanços e impedimentos para a construção de uma política social para as pessoas com deficiência [Dissertação]. Mestrado em Política Social pela Universidade de Brasília [Internet]. Brasília; 2006 [acesso em 07 jul 2020]. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5746/1/2006\\_Ana%20Maria%20de%20Resende%20Chagas.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5746/1/2006_Ana%20Maria%20de%20Resende%20Chagas.pdf)
23. Brasil. Lei n.º 12.587, de 3 de janeiro de 2012. Institui as Diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana [Internet]. Brasília (DF): Brasil; 2012 [acesso em 07 jul 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12587.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12587.htm)
24. Rodrigues V, Campos JAPP, Almeida MA. Uso do PECS associado ao video modeling na criança com Síndrome de Down. *Rev. bras. educ. espec*. 2015;21(4):379-392. DOI: 10.1590/S1413-65382115000400005
25. Reymond D, Quoniam L. A new patent processing suite for academic and research purposes. *World Patent Information*. 2016;47:40-50. DOI: 10.1016/j.wpi.2016.10.001
26. Silva MV, Ferraz RRN, Storopoli JE. Informações patentárias como fonte para inovação e disseminação de conhecimento tecnológico sobre o Ensino à Distância voltado à Educação Médica Continuada. *Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios*. 2018;11(3):86-108. DOI: 10.19177/reen.v11e3201886-108
27. Zaions APMRE, Ferraz RRN, Quoniam L, Mazieri MR. Análise da participação brasileira no depósito de patentes relacionadas à tuberculose pulmonar. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud* [Internet]. 2018 [acesso em 07 jul 2020];29(2). Disponível em: <http://www.rcics.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1233/756>
28. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 07 jul 2020];17(7):1833-1840. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v17n7/22.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n7/22.pdf)
29. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2006 [acesso em 07 jul 2020];10(3):494-500. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eann/v10n3/v10n3a19.pdf>
30. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enf da USP* [Internet]. 2005 [acesso em 07 jul 2020];39(2):154-163. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>
31. Teixeira CP, Silva LD. As incapacidades físicas de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: ações de enfermagem. *Enfermería Global* [Internet]. 2009 [acesso em 07 jul 2020];15:1-12. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision1.pdf)
32. Borba SRC, Lamy M. Internação a longo prazo de portadores de sequelas neurológicas após acidentes vasculares cerebrais no Rio Grande do Sul: um problema de saúde pública. *Unisantia Law and Social Science* [Internet]. 2018 [acesso em 07 jul 2020];7(3):97-119. Disponível em: <https://periodicos.unisantia.br/index.php/lss/article/view/1705>
33. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 07 jul 2020];12(suppl.):1831-1840. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>





34. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2010 [acesso em 07 jul 2020];28(1):43–48. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48/pt>
35. Souza KC, Bertolini DA. Importância do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde e a realidade de um Município do Norte do Paraná. *Revista Uningá* [Internet]. 2019 [acesso em 07 jul 2020];56(S4):182–196. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2788/1956>
36. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;28(4). DOI: 10.1590/S0103-73312018280404
37. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comuni., Saúde, Educ.* [Internet]. 2005 [acesso em 07 jul 2020];9(18):489–506. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>
38. Mondelli MFCG, Souza PJS. Qualidade de vida em idosos antes e após a adaptação do AASI. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2012;78(3):49-56. Disponível em: 10.1590/S1808-86942012000300010
39. Samulski DM, Noce F. Atividade física, saúde e qualidade de vida. *Psicologia do esporte: manual para a educação física, psicologia e fisioterapia*. Ed. São Paulo: Manole; 2002.
40. Pereira VFR, Maciel CM, Costa BCP, Dázio EMR, Nascimento MC, Fava SMCL. Cuidado de enfermagem às pessoas com deficiência na Atenção Primária em Saúde. *Glob Acad Nurs*. 2020;1(1):e7. DOI: 10.5935/2675-5602.20200007

