

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

CARLA LOUREIRO PORTUENSE SIQUEIRA

**ENTRE DIREITOS E BARREIRAS: O ACESSO ÀS ÓRTESES, PRÓTESES E
MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UMA
REVISÃO DE ESCOPO**

**VITÓRIA
2025**

CARLA LOUREIRO PORTUENSE SIQUEIRA

**ENTRE DIREITOS E BARREIRAS: O ACESSO ÀS ÓRTESES, PRÓTESES E
MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UMA
REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Ítalla Maria Pinheiro Bezerra

Coorientadora: Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Direitos, Políticas Sociais e Estado

VITÓRIA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S584e Siqueira, Carla Loureiro Portuense
Entre direitos e barreiras : o acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde – uma revisão de escopo / Carla Loureiro Portuense Siqueira. - 2026.
102 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2026.

1. Pessoas com deficiência. 2. Tecnologia assistiva. 3. Dispositivos ortopédicos. 4. Serviços de saúde para pessoas com deficiência. 5. Política Pública - Brasil. I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 305.9816

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

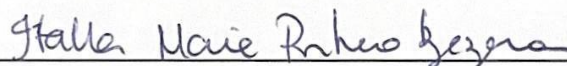
CARLA LOUREIRO PORTUENSE SIQUEIRA

ENTRE DIREITOS E BARREIRAS: O ACESSO ÀS ÓRTESES, PRÓTESES E
MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UMA
REVISÃO DE ESCOPO

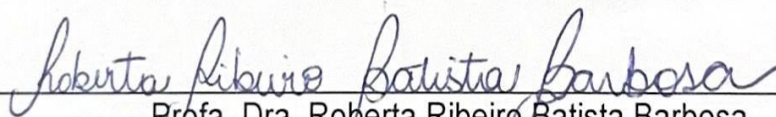
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 28 de outubro de 2025.

BANCA EXAMINADORA



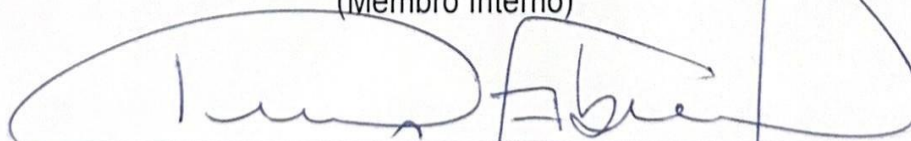
Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)



Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa
Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Ciclos de Vida e Cuidado Interdisciplinar
(Coorientadora)



Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)



Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu
Universidade Federal do Espírito Santo
(Membro Externo)

Dedico esta dissertação aos meus pais, Ilnor e Sandra; ao meu marido, Hugo; à minha filha, Maria Eduarda; e à querida amiga e incentivadora, Mariangela Nielsen — com amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus e minha amada família. Sou profundamente grata à minha orientadora, Profa. Dra. Ítala Maria Pinheiro Bezerra, e à coorientadora, Profa. Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa, pela orientação competente e constante ao longo deste percurso. Expresso também minha gratidão à querida ex-aluna e pesquisadora Lara Bourguignon Lopes, pelo apoio dedicado. Registro, ainda, meus agradecimentos aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Gilma Correa Coutinho, pela disponibilidade e contribuições enriquecedoras na qualificação do projeto de pesquisa; Prof. Dr. Alan Patricio da Silva e Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições na banca de defesa desta dissertação.

RESUMO

Introdução: O acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) é fundamental para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência física. No entanto, barreiras ainda persistem, dificultando o acesso adequado a esses serviços. **Objetivo:** Analisar o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência física no Brasil, a partir de categorias analíticas que articulam o poder e o papel do Estado, expressões da questão social e direito e acesso à saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, desenvolvida conforme as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* e organizada segundo o *checklist* PRISMA-ScR. Para a seleção dos estudos, foram utilizadas as bases de dados: PubMed, LILACS/BVS, Scopus, Web of Science e SciELO. A busca foi realizada com descritores padronizados pelo DeCS: “*Orthotic Devices*”; “*Prosthesis*”; “*Wheelchairs*”; “*Crutches*”; “*Self-Help Devices*”; “*Assistive device*”; “*Assistive Technology*”; “*Brazil*”; “*Disabled*”. O processo de seleção envolveu a exclusão de duplicatas, seguida da triagem pela leitura dos títulos, resumos e íntegra. A análise qualitativa foi conduzida por meio da técnica de análise textual discursiva. As barreiras e proposições de melhoria foram apresentadas em quadros, segundo categorias de análise, e infográfico. **Resultados:** Foram identificados 1.789 artigos, 13 atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a síntese da revisão. As barreiras no acesso às OPM englobam desde burocracia e gestão pública até a falta de informação e comunicação. A análise crítica organizou os achados em quatro eixos: o papel do Estado, marcado pela fragmentação; a questão social, que evidencia as desigualdades; o direito e acesso à saúde, revelando a distância entre o marco legal e sua efetivação no SUS; e proposições de melhorias, com foco em qualificação profissional e fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Conclusão:** Os achados revelam desigualdades territoriais, falhas de gestão e subfinanciamento que comprometem a efetividade das políticas. O infográfico traduz essas evidências em ferramenta de apoio à gestão e ao controle social, reforçando o acesso às OPM como dimensão do direito à saúde e da inclusão.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Política Pública. Dispositivos Ortopédicos. Tecnologia Assistiva. Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

Introduction: Access to orthoses, prostheses, and mobility aids (MOAs) is essential for the inclusion and improvement of the quality of life of people with physical disabilities. However, barriers still persist, hindering adequate access to these services. **Objective:** To analyze access to orthoses, prostheses and mobility aids for people with physical disabilities in Brazil, based on analytical categories that articulate the power and role of the State, expressions of the social issue and rights and access to health. **Method:** This is a scoping review developed according to the Joanna Briggs Institute guidelines and organized according to the PRISMA-ScR checklist. The following databases were used to select studies: PubMed, LILACS/BVS, Scopus, Web of Science, and SciELO. The search was conducted using standardized DeCS descriptors: "Orthotic Devices"; "Prosthesis"; "Wheelchairs"; "Crutches"; "Self-Help Devices"; "Assistive device"; "Assistive Technology"; "Brazil"; "Disabled." The selection process involved the exclusion of duplicates, followed by screening by reading the titles, abstracts, and full texts. Qualitative analysis was conducted using discursive textual analysis. Barriers and proposals for improvement were presented in tables, according to analysis categories, and an infographic. **Results:** A total of 1,789 articles were identified, 13 of which met the eligibility criteria and comprised the review summary. Barriers to accessing OPM range from bureaucracy and public management to a lack of information and communication. Critical analysis organized the findings into four areas: the role of the State, marked by fragmentation; the social issue, which highlights inequalities; the right and access to health, revealing the gap between the legal framework and its implementation in the SUS; and proposed improvements, focusing on professional qualifications and strengthening the Care Network for Persons with Disabilities. **Conclusion:** The findings reveal territorial inequalities, management failures, and underfunding, which compromise policy effectiveness. The infographic translates this evidence into a tool to support management and social oversight, reinforcing access to OPM as a dimension of the right to health and inclusion.

Keywords: Persons with Disabilities. Public Policy. Orthotic Devices. Self-Help Devices. Health Services for Persons with Disabilities

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais legislações e políticas públicas para pessoa com deficiência. Vitória, ES, 2025.....	25
Quadro 2 - Descrição dos elementos utilizados para a elaboração da pergunta de revisão de escopo. Vitória, ES, 2025.....	45
Quadro 3 – Estratégia de busca utilizada para revisão de escopo nas bases de dados. Vitória, ES, 2025.....	47
Quadro 4 - Manejo da utilização de filtros nas diferentes bases de dados. Vitória, ES, 2025	47
Quadro 5 - Caracterização dos estudos quanto à autoria, ano de publicação, local do estudo, delineamento, amostra e objetivos. Vitória, ES, 2025	53
Quadro 6 - Caracterização dos estudos quanto às barreiras e proposições de melhorias. Vitória, ES, 2025	56
Quadro 7 - Barreiras no acesso às OPM e análise crítica nos eixos: papel do Estado, expressões da questão social, direito e acesso e proposições de melhorias. Vitória, ES, 2025.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos	51
Figura 2 - Entre direitos e barreiras: o caminho do acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no SUS.....	63

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIDPD	Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PcD	Pessoa(s) com Deficiência
PE	Pernambuco
PNSPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PNTA	Plano Nacional de Tecnologia Assistiva
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>

RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E MARCO LEGAL.....	23
2.1.1 Políticas Públicas de Saúde e Direitos das Pessoas com Deficiência	24
2.1.2 Barreiras e desafios da implementação das políticas públicas e no acesso ao serviço de saúde para pessoas com deficiência no Brasil	29
2.1.3 A inclusão da pessoa com deficiência na Agenda 2030	34
2.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E A TRANSIÇÃO DO MODELO MÉDICO PARA O MODELO SOCIAL.....	36
2.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA E TECNOLOGIA ASSISTIVA: DIREITO À INCLUSÃO E À PARTICIPAÇÃO SOCIAL PLENA	38
3 OBJETIVOS	43
3.1 OBJETIVO GERAL.....	43
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
4 MÉTODOS	44
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	44
4.2 ETAPAS DA REVISÃO DE ESCOPO.....	45
4.2.1 Pergunta de pesquisa	45
4.2.2 Critérios de elegibilidade	46
4.2.3 Fontes de informação e estratégias de busca	46
4.2.4 Seleção de estudos	48
4.2.5 Extração e organização dos dados/conteúdos	48
4.2.6 Análise dos dados/conteúdos	49
4.2.6.1 Construção do infográfico	50
5 RESULTADOS	51
6 DISCUSSÃO	64
6.1 PODER E PAPEL DO ESTADO.....	64
6.2 EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL.....	69
6.3 DIREITO E ACESSO À SAÚDE	71
6.4 PROPOSIÇÕES DE MELHORIAS	75

6.5 DO CONHECIMENTO À AÇÃO: O INFOGRÁFICO COMO FERRAMENTA PARA GESTORES E USUÁRIOS	78
6.6 DA REVISÃO DE ESCOPO À REALIDADE CAPIXABA: A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM TECNOLOGIA ASSISTIVA NO ESPÍRITO SANTO.....	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	86
ANEXO A – FLUXOGRAMA MODELO PRISMA	102

APRESENTAÇÃO

Sou fisioterapeuta, graduada há mais de 20 anos, com atuação profissional voltada principalmente para o atendimento clínico em consultório. Em 2022, iniciei minha trajetória docente na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), assumindo a responsabilidade pelo estágio em Fisioterapia Neurofuncional. Essa experiência despertou em mim o desejo de aprofundar meus conhecimentos e aprimorar minha formação acadêmica, reconhecendo a importância da pesquisa e da qualificação científica para oferecer aos alunos um ensino mais fundamentado, crítico e conectado às demandas reais da prática profissional.

A escolha pelo mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local surgiu do contato direto com a realidade dos meus pacientes da clínica escola, muitos deles usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo da experiência docente, percebi que grande parte das limitações enfrentadas no processo de reabilitação não decorre apenas das condições clínicas, mas das barreiras estruturais e institucionais que comprometem o acesso aos serviços, equipamentos e tecnologias assistivas.

Essa vivência despertou em mim o interesse de compreender mais profundamente o funcionamento das políticas públicas, os mecanismos de gestão e as desigualdades territoriais que impactam o cuidado em saúde. Assim, trata-se de uma oportunidade de articular minha trajetória na fisioterapia com uma visão crítica sobre o papel do Estado e os desafios da efetivação dos direitos sociais, contribuindo para o fortalecimento das práticas de reabilitação e para a construção de caminhos mais equitativos de acesso e inclusão.

Dessa forma, a realização deste mestrado se justifica em três dimensões que se entrelaçam. No âmbito pessoal, representa a continuidade de uma trajetória pautada pela busca constante de aperfeiçoamento e pelo compromisso com uma prática profissional ética e socialmente comprometida. No plano profissional, o aprofundamento teórico e metodológico proporcionado pelo programa tem ampliado minha capacidade de articular ensino, pesquisa e extensão, permitindo que a experiência em reabilitação e fisioterapia neurofuncional se una à compreensão crítica das políticas públicas e dos determinantes sociais da saúde. Sob a perspectiva social, a pesquisa desenvolvida busca contribuir para o fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e para a efetivação do direito à reabilitação.

A presente dissertação se insere na linha de pesquisa Estado e Democracia, Processos Sociais e Políticas Públicas, Desenvolvimento Local e Direitos Humanos do Programa de Mestrado, ao investigar o acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no SUS. Essa temática articula dimensões centrais da linha, o direito à saúde, a efetividade das políticas públicas e a promoção da inclusão social, permitindo compreender as contradições entre o marco normativo e a realidade concreta do acesso aos bens e serviços de reabilitação. O estudo dialoga com a perspectiva interdisciplinar que caracteriza o programa, integrando os campos do Serviço Social, da Saúde Coletiva e da Gestão Pública, e reafirma o compromisso com a análise crítica e propositiva das políticas sociais no contexto brasileiro.

A pesquisa também expressa os princípios que norteiam o mestrado, ao associar produção científica, inovação metodológica e compromisso social. Ao realizar uma revisão de escopo sobre as barreiras e proposições de melhorias no acesso às OPM, o trabalho contribui para o fortalecimento das práticas de gestão e cuidado, oferecendo subsídios técnicos e teóricos para a formulação de políticas mais equitativas.

Considerando a composição da banca examinadora, a proposta reflete a coerência entre o objeto desta dissertação, o eixo temático do mestrado e a experiência dos avaliadores convidados. O professor Dr. Alan Patrício da Silva, docente permanente do programa, possui trajetória consolidada na área de políticas públicas, com destaque para os estudos sobre direito à saúde, inclusão social e gestão pública. Sua produção científica e atuação na linha de pesquisa Direito, Cidadania e Políticas Públicas contribuem diretamente para o debate sobre o acesso a bens e serviços de saúde no contexto do SUS, dialogando com os eixos analíticos desta pesquisa: papel do Estado, expressões da questão social e direito e acesso.

O professor Dr. Luiz Carlos de Abreu, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), é pesquisador de reconhecida relevância nacional e internacional, com ampla produção sobre epidemiologia, políticas públicas em saúde, equidade e planejamento de sistemas de saúde. Sua inserção em redes de pesquisa e experiência em estudos avaliativos e de gestão do cuidado complementam a abordagem desta dissertação, que busca integrar perspectivas da saúde coletiva e do Serviço Social. A presença dos dois avaliadores reforça o caráter interdisciplinar e aplicado do mestrado, fortalecendo a interface entre ciência, gestão e promoção de direitos, que orienta a missão institucional da

EMESCAM e o compromisso do programa com o desenvolvimento local e a justiça social.

Após as considerações introdutórias apresentadas no primeiro capítulo, para um aprofundamento do objeto de estudo e resposta à pergunta proposta, a presente dissertação foi estruturada da seguinte forma: o Capítulo 2 traz uma revisão narrativa sobre a trajetória das políticas de saúde voltadas à pessoa com deficiência no Brasil, abordando os principais avanços normativos e institucionais que consolidaram o direito à reabilitação. Para a escrita desse capítulo, foram utilizados livros, dissertações, artigos e consulta a documentos públicos de cunho internacional, nacional e regional, disponíveis nos *sites* da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Portal do Governo Federal, entre outros.

Nos capítulos seguintes, 3 e 4, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos para atingi-los. O Capítulo 5 apresenta os resultados da revisão de escopo, organizados de forma integrada por meio de texto analítico, quadros-síntese e infográficos explicativos, que permitem visualizar de maneira sistematizada as principais barreiras e proposições de melhoria no acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. E, por fim, os capítulos 6 e 7 apresentam, nessa ordem, a discussão a respeito do tema e a conclusão desta dissertação.

1 INTRODUÇÃO

A pessoa com deficiência (PcD) é entendida como aquela cuja participação plena e efetiva na sociedade é restringida em decorrência de disfunção de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, associada a uma ou mais barreiras ambientais (Brasil, 2015). A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e resulta da interação entre as PcD e as barreiras ambientais, atitudinais, arquitetônicas, de políticas públicas, dentre outras que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2009).

De acordo com o relatório global sobre equidade em saúde para pessoas com deficiência da OMS, aproximadamente 1,3 bilhões de pessoas, ou 16% da população mundial, possuem alguma deficiência significativa (WHO, 2022a). No Brasil, estima-se que 18,6 milhões de pessoas com 2 anos ou mais tenham algum tipo de deficiência. A incidência é maior entre as mulheres do que entre os homens e é mais comum entre pessoas pretas em comparação com pardos e brancos. O Nordeste é a região com o maior percentual, totalizando 5,8 milhões de pessoas, o que representa 10,3% da sua população, em comparação ao Sul (8,8%), Centro-Oeste (8,6%), Norte (8,4%) e Sudeste (8,2%). Além disso, a proporção de pessoas com deficiência aumenta com a idade: 47,2% delas têm 60 anos ou mais, indicando uma maior prevalência de deficiências adquiridas em relação às congênitas (IBGE, 2023a).

As principais incapacidades relatadas na consulta do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, são na mobilidade, como andar ou subir degraus (3,4%), seguida por deficiência na visão, mesmo usando óculos ou lentes de contato (3,1%), além de limitações nas atividades da vida diária (IBGE, 2023a). As evidências indicam que PcD apresentam maior mortalidade, piores condições de saúde e funcionalidade, além de maior frequência de emergências médicas em comparação com pessoas sem deficiência. Esses resultados são consequência das desigualdades e das condições adversas que enfrentam ao longo da vida (WHO, 2022a).

O acesso às OPM deve ser analisado sob uma perspectiva que integre o papel do Estado, as manifestações da questão social e a efetivação do direito à saúde, considerando que o Estado ora reconhece e garante direitos, ora impõe limites e

restrições à sua concretização (Iamamoto, 2008; Netto, 2001). As barreiras vivenciadas pelas PcD expressam de forma concreta a questão social por meio das desigualdades territoriais, socioeconômicas e institucionais que limitam sua plena participação na vida social e garantia da cidadania (Yazbek, 2012). Entende-se que há uma lacuna entre o direito formalmente assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e sua efetivação prática (Behring; Boschetti, 2011; Brasil, 1988, 2015).

Nesse sentido, a implementação das políticas voltadas às pessoas com deficiência não ocorre de forma neutra, mas é atravessada por disputas e contradições inerentes ao próprio Estado. Conforme discutem Netto (2001) e Iamamoto (2008), as políticas sociais, ao mesmo tempo em que representam conquistas normativas importantes, revelam entraves de um cenário marcado pelo subfinanciamento e pela fragmentação federativa.

No Brasil, há alguns marcos que envolvem essa temática, a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), criada em 2010. Destaca-se o ano de 2012, quando foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), pela Portaria 793/2012 do MS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RCPD tem como objetivo assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais para a pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania, a fim de ampliar o acesso, qualificar o atendimento e ofertar os serviços de saúde de forma sistematizada e articulada. Isso inclui a atenção básica, especializada, hospitalar e a urgência e emergência (Brasil, 2020).

Além de criar a RCPD, a Portaria 793/2012 dispõe sobre a ampliação na oferta de OPM e dos serviços de dispensação. No Capítulo II, Art. 15, cita a implementação do serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) (Brasil, 2012). Porém, o cuidado com a saúde das PcD esteve por anos restrito a serviços de reabilitação da atenção especializada, o que é insuficiente para as demandas dessa população (Brasil, 2009).

Uma das formas de garantir a autonomia e melhora das condições dessa população é pela formulação de políticas públicas, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e aos facilitadores ambientais, como as OPM. As órteses são dispositivos aplicados externamente ao segmento corpóreo, proporcionando melhora funcional devido a alguma disfunção ou necessidade de suporte, auxiliando em uma

recuperação mais segura, rápida e eficaz de alterações funcionais temporárias ou permanentes (Carvalho, 2013).

Elas podem ser confeccionadas com qualquer tipo de material, auxiliando nas funções de um membro, órgão ou tecido, porém sua colocação e remoção não devem necessitar de ato cirúrgico. Em contrapartida, as próteses são definidas como peças ou aparelhos de substituição dos membros ou órgãos do corpo, compreendendo qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (ANS, 2013).

No Brasil, o SUS oferece diversos tipos de OPM, que são dispositivos de tecnologia assistiva (TA), como lupas, lentes e óculos especiais, próteses oculares, bengalas articuladas, aparelhos auditivos, cadeiras de rodas e de banho (diversos modelos), muletas, palmilhas, coletes, próteses de membros inferiores e superiores, além de bolsas coletoras de fezes e urina. A disponibilidade desses instrumentos favorece a maior participação, autonomia e independência das pessoas que, por algum motivo, encontram dificuldade no desempenho de suas atividades cotidianas (CREFITO 3, 2018).

Os meios auxiliares de locomoção ocupam um dos lugares de maior destaque entre os dispositivos de TA, proporcionando mobilidade pessoal independente e apoio suplementar durante o deslocamento. Portanto, são ferramentas essenciais para que indivíduos possam participar da vida comunitária e social em igualdade com os outros, indo além da melhoria da saúde, bem-estar, participação social e inclusão (WHO, 2008).

No contexto brasileiro, o conceito de TA é normatizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), por meio da Norma brasileira NBR9050:2020, que define TA como uma área de conhecimento de natureza interdisciplinar, que abrange produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços destinados a promover a funcionalidade e a participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida. Essa definição evidencia o papel essencial da tecnologia assistiva na construção de uma sociedade mais acessível e equitativa, especialmente no que se refere à garantia de direitos e à superação de barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência (ABNT, 2020).

Tedros Adhanom, diretor geral da OMS, diz que a TA é uma mudança de vida que abre as portas para a educação de crianças com deficiência, emprego e interação social para adultos que vivem com deficiência e uma vida independente e digna para

os idosos. Negar às pessoas o acesso a essas ferramentas não é apenas uma violação dos direitos humanos, também demonstra pouca visão econômica. O diretor conclui abordando sobre a necessidade de todos os países financiarem e priorizarem o acesso à TA, dando a todos a chance de viver de acordo com seu potencial (WHO, 2022b).

Ampliar o acesso a OPM traz benefícios para o indivíduo, famílias e sociedade, promovendo além do bem-estar, uma força de trabalho mais produtiva, e estimulando o crescimento econômico. Sem esses dispositivos, as pessoas podem enfrentar exclusão social, correr o risco de isolamento, viver em condições de pobreza, enfrentar a fome e a dependência do apoio de familiar, da comunidade e do governo, elevando custos com a saúde e com o bem-estar, como internações hospitalares recorrentes ou benefícios estatais (WHO, 2022c).

Apesar de mais de 2,5 bilhões de pessoas necessitarem de um ou mais produtos assistivos, quase um bilhão dessas pessoas não têm acesso a essas tecnologias, especialmente em países de baixa e média renda. Além disso, a demanda por esses dispositivos deve subir para 3,5 bilhões de pessoas até 2050, impulsionada pelo envelhecimento da população e pelo crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, de acordo com o Relatório Global sobre TA (ONU, 2022; WHO, 2022c).

O relatório também ressalta a significativa disparidade no acesso a esses produtos entre países de baixa e alta renda. Em uma análise de 35 países, observa-se que a cobertura varia de 3% nos países mais pobres a 90% nos países mais ricos. Cerca de dois terços das pessoas com produtos assistivos relataram pagamentos do próprio bolso, outras relataram contar com a família e amigos para apoiar financeiramente suas necessidades. Portanto, a condição econômica é uma grande barreira ao acesso (WHO, 2022c).

Nesse sentido, o acesso a esses dispositivos deve ser qualificado, envolvendo não apenas o fornecimento das OPM, mas todo o processo de cuidado centrado na PcD, garantindo um tempo adequado entre a demanda identificada e o fornecimento do dispositivo. Porém, no Brasil, observa-se que as PcD ainda enfrentam dificuldades, como a demora e entraves no fluxo de fornecimento de OPM pelo SUS.

As barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência refletem as desigualdades estruturais que caracterizam a sociabilidade capitalista. A exclusão socioeconômica, a precariedade dos serviços públicos, a invisibilidade institucional e

as desigualdades territoriais não são fenômenos isolados, mas formas concretas de negação de direitos, que se traduzem em obstáculos ao acesso a recursos fundamentais, como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Nessa perspectiva, as condições de vida e saúde das PcD ultrapassam explicações restritas a dimensões individuais ou biomédicas, exigindo uma análise das questões sociais mais amplas na realidade brasileira (Netto, 2001; Yazbek, 2012).

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito universal e dever do Estado (Brasil, 1988), e a Lei Brasileira de Inclusão reafirma a obrigação de garantir o acesso integral e equitativo às pessoas com deficiência (Brasil, 2015). Entretanto, o acesso às OPM segue condicionado a fatores como renda, território e disponibilidade de serviços. Tal cenário revela o caráter seletivo e desigual que marca a efetivação dos direitos sociais no Brasil (Behring; Boschetti, 2011; lamamoto, 2007). Assegurar o acesso a esses dispositivos constitui condição essencial para a inclusão social das PcD e para o exercício pleno de sua cidadania.

Embora estudos já publicados envolvam a temática, torna-se essencial a identificação de lacunas no conhecimento, elucidando as barreiras e entraves no fluxo da dispensação das OPM pelo SUS, descritos na literatura, à luz das políticas públicas existentes. Dessa forma, busca-se auxiliar futuras pesquisas, contribuindo para melhorar o cuidado e a atenção à pessoa com deficiência no Brasil, proporcionando um melhor entendimento para os profissionais de saúde envolvidos nessa área, assim como para a população em questão.

Portanto, tem-se como problema desta dissertação: Quais são as barreiras no acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção enfrentadas pela pessoa com deficiência física no Brasil e as proposições de melhorias, a partir da instituição da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde?

A relevância deste estudo reside na contribuição que oferece para o fortalecimento das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, especialmente no que se refere ao acesso às OPM no SUS. Ao sistematizar evidências e propor uma leitura crítica das barreiras que atravessam o processo de dispensação, a pesquisa amplia a compreensão sobre os desafios da gestão pública e da efetividade do direito à saúde. A investigação também tem relevância social e institucional, ao dialogar com os princípios da equidade, da inclusão e da integralidade, fortalecendo a produção científica comprometida com a transformação

social e com a melhoria da qualidade de vida das populações em situação de vulnerabilidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E OS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E MARCO LEGAL

Políticas públicas são decisões que abordam questões de ordem pública e buscam atender aos interesses coletivos. Elas representam estratégias estruturadas por meio de um processo de decisão complexo, impactando a realidade. Essas políticas materializam a ação governamental e podem ter funções distributivas, redistributivas e regulatórias, desencadeando debates contínuos sobre a modernização do Estado (Giovanni; Nogueira, 2015).

O estudo das políticas públicas é influenciado por valores e ideais que orientam a relação entre o Estado e a Sociedade. Esse estudo compreende quatro etapas principais: formulação, execução, monitoramento e avaliação. A implementação das políticas é um pré-requisito essencial para a atividade administrativa do Estado, representando não apenas uma recomendação, mas também uma exigência legal. A responsabilidade por essa implementação recai sobre a autoridade formal e tem sido cada vez mais compartilhada por meio de diversos mecanismos que envolvem a participação da sociedade civil (Giovanni; Nogueira, 2015).

As primeiras políticas de saúde no Brasil foram elaboradas no século XVI com a vinda da família real de Portugal, e a sua implementação enfrentou obstáculos, como a carência de profissionais médicos para uma assistência estruturada (Honorato *et al.*, 2019). Em uma ampla contextualização, em 1892, foram criados os primeiros laboratórios bacteriológicos para melhorar as condições sanitárias nas cidades urbanas que, na época, eram bem precárias. Surgem, então, nas primeiras décadas do século XX, as caixas beneficentes, que serviam como seguro para as suas famílias, porém era apenas para aqueles que contribuíram para esse auxílio (Behring; Boschetti, 2011).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde e, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com o intuito de promover a educação sanitária da população rural. Para estimular a inserção da população no mercado de trabalho, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No entanto, foi observada uma negligência com aqueles que não tinham algum tipo de contribuição (Mota *et al.*, 2006).

A sociedade brasileira foi marcada por inúmeros conflitos. Na década de 1980, iniciou-se o movimento sanitário, representado por um coletivo de profissionais da saúde, com o apoio de partidos políticos de oposição ao Estado, que defendiam a universalização do acesso à saúde como direito social e dever do Estado (Sarreta, 2009). Porém, somente em 1988, esse direito foi oficialmente reconhecido como responsabilidade do Estado, por meio da Constituição Federal, que tomou para si o dever de universalizar o acesso à saúde, representando um marco para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no país (Honorato *et al.*, 2019).

A saúde foi, então, integrada às políticas de proteção social, tornando-se parte da Seguridade Social para garantir direitos relacionados à previdência, saúde e assistência social (Lucchese, 2004). O SUS foi criado introduzindo uma nova abordagem para prevenção, proteção e recuperação da saúde. Suas diretrizes incluem controle, descentralização, hierarquização, regionalização e territorialização, e o direito à saúde é considerado um princípio fundamental do ser humano (Brasil, 1988; Souza; Costa, 2010).

2.1.1 Políticas Públicas de Saúde e Direitos das Pessoas com Deficiência

Historicamente, as primeiras referências às pessoas com deficiência aparecem de forma dispersa na literatura grega, egípcia e romana e, também, em documentos religiosos como a Bíblia, o Talmude e o Corão. Em geral, essas fontes associavam a deficiência à marginalização, à exclusão social e, muitas vezes, à eliminação como forma de controle populacional. Essa perspectiva reforçava o capacitismo, do inglês “*ableism*”, concepção segundo a qual apenas corpos considerados “normais” representam a perfeição da espécie (Rotoli *et al.*, 2022).

A mudança de reconhecimento começa apenas após a Declaração Universal de Direitos Humanos, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, após a Segunda Guerra Mundial. O documento apontava para garantia dos direitos à liberdade, à vida digna, à educação fundamental, ao desenvolvimento pessoal e social e à livre participação na vida da comunidade, para todas as pessoas, a despeito da raça, sexo, origem nacional, social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição (ONU, 1948).

A Declaração dos Direitos Humanos impulsionou a formulação de outras legislações e convenções em diversos países, além de ampliar e fortalecer os

movimentos sociais de pessoas e grupos que lutam pela efetivação desses direitos (ONU, 1948). Em 1975, por exemplo, a ONU publicou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, com o objetivo de assegurar que as pessoas com deficiência tenham os mesmos direitos fundamentais que os demais cidadãos (ONU, 1975).

Desde então, a legislação para pessoas com deficiência, no Brasil e no mundo, tem evoluído significativamente ao longo das décadas, refletindo o aumento da conscientização sobre os direitos e a inclusão dessas pessoas na sociedade. Avanços importantes foram alcançados, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais legislações e políticas públicas para pessoa com deficiência. Vitória, ES, 2025.

Ano	Legislação
1948	O artigo 1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos diz: "Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade".
1975	Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes do Conselho Econômico e Social da ONU. A declaração foi criada para assegurar que as pessoas com deficiência tenham os mesmos direitos fundamentais que os demais cidadãos.
1981	Em 1981, a Organização das Nações Unidas declarou o ano como o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência e, em 1982, aprovou o Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência.
1988	Promulgação da Constituição Federal de 1988. O Art. 23, Capítulo II, determina que "é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".
1989	Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989: dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
1990	Lei n.º 8.080 – Lei Orgânica da Saúde: reafirma a saúde como direito e dever do Estado, concretizando-se pela formulação e execução de políticas que garantam um acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Regulamenta o SUS.
1991	Lei nº 8.213/91 (Lei de Cotas): institui a obrigatoriedade de empresas com 100 ou mais empregados contratarem um percentual de pessoas com deficiência, variando de 2% a 5%, dependendo do número total de funcionários.
1994	Decreto nº 1.094/94: regulamentou a reserva de vagas para pessoas com deficiência em concursos públicos.
1999	Decreto nº 3.298: dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Seu Art. 18 trata da concessão da órtese e da prótese como parte integrante da assistência integral à saúde; e o art. 19 trata dos direitos do cidadão brasileiro com deficiência às ajudas técnicas. A Organização dos Estados Americanos editou a Convenção interamericana para a eliminação de todas as formas de Discriminação contra a PcD, promulgada no Brasil em 2001, pelo Decreto nº 3.956.
2000	Lei nº 10.048: garante prioridade ao atendimento à PcD. A Lei nº 10.098, estabelece critérios e normas para a promoção da acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

2001	Aprovação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela OMS. Enfatiza os contextos ambientais e as potencialidades do indivíduo, ampliando o conceito de inclusão.
2002	Portaria nº 1.060: institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD). Tem como objetivo: Reabilitar a pessoa com deficiência, proteger sua saúde e prevenir agravos que possam causar deficiências.
2004	Decreto nº 5.296: consubstanciou o direito de acesso das pessoas com deficiência aos espaços públicos, transporte coletivo, equipamentos e serviços de comunicação e informação; regulamenta as Leis nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e nº 10.048, de 08 de novembro de 2000.
2006	Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência. Em 2007, o Brasil assinou se comprometendo com os direitos dos brasileiros com deficiência e, em 2008, seu texto foi integrado como emenda à Carta Constitucional brasileira (Decreto Legislativo nº 186, 2008). O Brasil foi o primeiro país a internalizar um tratado internacional de direitos humanos como norma constitucional.
2009	Decreto nº 6.949: promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a partir de 25 de agosto de 2009. O cenário de exclusão social da pessoa com deficiência, incapacidades ou com idade avançada passou a ser uma área de grande apreensão para a política pública nacional brasileira.
2011	Decreto nº 7.508: regulamentação da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS
2011	Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011: institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite – para desenvolver a cidadania e fortalecer a participação das pessoas com deficiência na sociedade brasileira por meio do incentivo e resgate de sua autonomia.
2012	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.
2015	Lei Brasileira de Inclusão (LBI), Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Art. 74: “É garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida”.
2018	Decreto nº 9.345, de 16 de abril de 2018: dispõe sobre as normas de movimentação da conta vinculada ao Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS) para aquisição de órtese e prótese pelo trabalhador com deficiência.
2021	Decreto nº 10.645, de 11 de março de 2021: dispõe sobre facilitar o acesso a crédito especializado aos usuários de tecnologia assistiva, inclusive com oferta de linhas de crédito subsidiadas, específicas para a aquisição dessa tecnologia.
2023	Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023: institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite –, com a finalidade de promover, por meio da integração e da articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

No Brasil, entre 1991 e 1999, destacam-se medidas para inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, como a Lei nº 8.213/91 (Lei de Cotas) e o Decreto nº 1.094/94, que preveem a obrigatoriedade de contratação de PcD por empresas e a reserva de vagas em concursos públicos (Brasil, 1991, 1994). No campo da saúde, o Decreto nº 3.298/1999 instituiu a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, que compreende o conjunto de orientações normativas que visa assegurar os direitos individuais e sociais da PcD – tarefa dos órgãos e entidades

do Poder Público. O artigo 18 do decreto inclui a concessão de órteses, próteses e materiais auxiliares como parte integrante da assistência integral à saúde e reabilitação (Brasil, 1999).

Essa política foi posteriormente reforçada pela Portaria MS/GM nº 1.060 do Ministério da Saúde, de 5 de junho de 2002, tratando dos recursos assistivos como parte das ações realizadas na atenção especializada, incluindo o financiamento para aquisição de tecnologias assistivas (Brasil, 2002). As diretrizes da PNSPD abrangem a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências, a atenção integral à saúde, o aprimoramento dos mecanismos de informação, a capacitação de recursos humanos e a organização dos serviços, com objetivo de proteger, prevenir, promover a saúde, reabilitar a funcionalidade, contribuindo para a inclusão social e prevenção de agravos. Essa política estabelece como diretriz a responsabilidade direta do SUS e sua rede de cuidados, o recebimento de tecnologias assistivas, entre outras ações (Brasil, 2002).

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, institui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida (Brasil, 2000). No entanto, essa legislação só foi regulamentada em 2004, por meio do Decreto nº 5.296, dando prioridade de atendimento às pessoas com deficiência (Brasil, 2004a).

Esse decreto foi um marco importante para as políticas públicas voltadas à tecnologia e acessibilidade dos espaços urbanísticos e sistemas de transporte para PcD, além de definir conceitos relevantes para a consolidação da área da TA, como o de “pessoa portadora de deficiência”, “deficiência física”, “acessibilidade”, “desenho universal” e “ajudas técnicas”, representando um avanço significativo dos direitos humanos, inclusão social e igualdade de oportunidades (Bastos *et al.*, 2023).

No mesmo documento são abordadas outras estratégias marcantes da área, incluindo o Programa Nacional de Acessibilidade; a inserção de temas voltados para ajudas técnicas, cura, tratamento e prevenção ou minimização de deficiências; parcerias com universidades e centros de pesquisa para a produção nacional de ajudas técnicas, componentes e equipamentos; redução ou isenção de tributos relacionados a ajuda técnica; reconhecimento das ajudas técnicas enquanto área de conhecimento, considerando sua expansão na formação profissional, incluindo os conteúdos temáticos na educação desde o Ensino Médio até a Pós-graduação; instituição do Comitê de Ajudas Técnicas, coordenado pela Secretaria Especial dos

Direitos Humanos e supervisionado pela Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 2004a).

Ainda na década de 2000, destaca-se a concessão de recursos assistivos pelo SUS, por meio das unidades públicas de saúde e, excepcionalmente, universidades e entidades filantrópicas que fazem parte da rede complementar de saúde (Brasil, 2004b). Em 2011, o Decreto 7.612 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite –, com objetivo de desenvolver a cidadania e fortalecer a participação das pessoas com deficiência na sociedade brasileira por meio do incentivo e resgate de sua autonomia e igualdade de oportunidades, em consonância com a Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil, com equivalência constitucional (Brasil, 2011).

No ano seguinte, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 793/2012. A rede visa organizar e ampliar a assistência às PcD, com foco em cuidado integral, identificação precoce, ações de habilitação e reabilitação, fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, educação permanente, ações intersetoriais e combate ao capacitismo (Brasil, 2012).

A estrutura da RCPD prevê a atuação em diferentes níveis de atenção. Na Atenção Primária, o foco está na identificação precoce de necessidades e no encaminhamento adequado dos usuários, com a implantação de estratégias de acolhimento e a classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência, além de apoio e orientação às famílias, prestação de serviços odontológicos e atenção domiciliar (Brasil, 2012).

Na Atenção Especializada, destaca-se a criação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), unidades voltadas para o diagnóstico, tratamento e concessão de dispositivos de tecnologia assistiva por meio da assistência multiprofissional, com oficinas ortopédicas. A rede inclui, também, centros-dia e, na macrorregião de saúde, são abordados serviços hospitalares, de urgência e emergência, bem como o fornecimento de OPM como parte essencial do processo de reabilitação (Brasil, 2012).

Em 2015, a promulgação da Lei nº 13.146, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão, representou um avanço expressivo na proteção dos direitos das PcD, garantindo o direito à participação, em condições de igualdade, na vida pública. Seu artigo 74 dispõe que é garantido à pessoa com deficiência acesso a produtos,

recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem sua autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida. No artigo 75, está previsto, como uma das finalidades do plano específico de medidas, facilitar e agilizar a inclusão de novos recursos no rol dos órgãos governamentais, inclusive no SUS (Brasil, 2015).

Além do impacto direto no acesso a recursos assistivos, a LBI transformou o entendimento sobre a capacidade civil do cidadão com deficiência intelectual, conferindo-lhe, também, o pleno exercício dos direitos políticos e a participação ativa na vida pública e nos projetos sociais (Rodrigues; Sobrinho; Vasconcellos, 2020). A partir dela, também passou-se a adotar modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência, a ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2015).

2.1.2 Barreiras e desafios da implementação das políticas públicas e no acesso ao serviço de saúde para pessoas com deficiência no Brasil

Apesar do esforço de estados e municípios na implantação da RCPD, algumas barreiras ainda persistem. A fragmentação da rede, evidenciada pela desarticulação entre os serviços, dificulta a garantia da continuidade do cuidado. Além disso, muitas PcD encontram dificuldades no acesso aos serviços devido à falta de profissionais capacitados para lidar com suas especificidades, barreiras arquitetônicas nos espaços de atendimento e a ausência de fluxos organizados para referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde (Lopes *et al.*, 2021).

Essas barreiras incluem, ainda, aspectos arquitetônicos, geográficos e atitudinais, como a desarticulação entre os componentes da rede (serviços da atenção básica, especializada e hospitalar), a baixa capacidade dos serviços, o financiamento insuficiente e a necessidade de qualificação profissional (Castro *et al.*, 2021). Além disso, barreiras organizacionais também representam desafios importantes, como a burocratização dos serviços, a baixa oferta de profissionais capacitados e a escassez de vagas, resultando em longas filas de espera, descontinuidade no cuidado e desequilíbrio da demanda e oferta dentro desse sistema (Araújo *et al.*, 2018).

No âmbito socioeconômico, muitos indivíduos com deficiência vivem em situação de vulnerabilidade ou residem em locais distantes, o que dificulta o deslocamento até os serviços de saúde e o custeio de tratamentos complementares. A falta de transporte acessível dificulta ainda mais e aumenta a exclusão desses

indivíduos nos sociedade, impactando diretamente no acesso ao tratamento e levando ao distanciamento do usuário aos serviços, assim como a um aumento da demanda reprimida. Muitos serviços de saúde não possuem adaptações necessárias para garantir acessibilidade, como rampas, banheiros adaptados e sinalização adequada (Cruz *et al.*, 2020).

Além disso, a barreira de comunicação também representa um obstáculo na RCPD. A comunicação entre profissionais de saúde e pessoas com deficiência é frequentemente prejudicada pela ausência de intérpretes de Libras, materiais em braille ou tecnologias assistivas. Essas barreiras não apenas dificultam o acesso físico, mas também criam um ambiente excludente, comprometendo a adesão ao tratamento e a confiança no sistema de saúde (Araújo *et al.*, 2018; Souza; Cruz, 2021).

A exclusão cotidiana de pessoas com deficiência do direito à saúde e à participação plena na vida social expressa a questão social em sua forma mais concreta. Isso não se restringe à pobreza material, mas envolve também processos de invisibilidade, estigmatização e negação de direitos. No caso da RCPD, tais processos se materializam tanto nas barreiras físicas e territoriais quanto na ausência de estratégias comunicacionais inclusivas, reforçando a marginalização desse grupo social (Behring; Boschetti, 2011; Yazbek, 2012).

Outro ponto de destaque é que a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade passa, necessariamente, por dois eixos fundamentais: a educação e o trabalho. A educação permite não apenas a promoção de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades, mas também promove a autonomia, a participação social e a autoestima dos indivíduos (Ramos; Kanaane, 2020).

A educação inclusiva, alinhada aos princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, visa garantir que a PcD tenha acesso a um ensino de qualidade, com adaptações curriculares e de materiais e uso de TA (Miranda; Castro Filho, 2017). Ferramentas como *softwares* de leitura de tela, audiolivros, pranchas de comunicação alternativa, recursos de acessibilidade digital, assim como acesso a OPM são fundamentais para permitir que alunos com deficiência possam aprender e se desenvolver no ambiente acadêmico (Conte; Ourique; Basegio, 2017).

Outro eixo essencial para a inclusão da PcD é o trabalho, que desempenha um papel crucial na autonomia financeira, na autoestima, independência e na contribuição ativa na sociedade (Andrade, 2023). O acesso ao mercado de trabalho permite que a

pessoa com deficiência exerça sua cidadania, contribua economicamente e seja reconhecida por suas habilidades e competências, afastando a visão assistencialista e a exclusão social (Sobral; Ferreira, 2022).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a inclusão de PcD no mercado melhora a qualidade de vida desse grupo, além de gerar impactos positivos na economia do país, devido ao aumento de mão de obra e à melhora na produtividade (Morais; Bacic, 2023). Apesar de a Lei nº 8.213/1991 e o Decreto nº 1.094/1994 determinarem a obrigatoriedade da inclusão de um percentual de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, seja em empresas privadas ou em concursos públicos, a inclusão efetiva vai além do simples cumprimento de cotas (Brasil, 1991, 1994).

A RCPC assegura não apenas o direito ao trabalho em um ambiente acessível e inclusivo, mas também a implementação de serviços e programas de habilitação e reabilitação profissional (Brasil, 2010). Esses programas são essenciais para que a PcD possa restaurar ou adquirir novas habilidades e competências, atingindo um nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso no trabalho (Ramos; Kanaane, 2020).

Muitas vezes, as vagas destinadas à PcD existem, mas a falta de qualificação específica para determinadas funções impede a contratação efetiva (Castro *et al.*, 2021). Esse cenário evidencia a necessidade de um olhar ampliado para a inclusão que contemple não apenas a disponibilidade de vagas, mas também a capacitação, o desenvolvimento de habilidades e a adaptação nos ambientes de trabalho (Estevam; Vianna; Fernandes, 2020).

As adaptações no ambiente são extremamente necessárias para facilitar o acesso da pessoa com deficiência não apenas ao trabalho, mas também a cultura, esporte, turismo e lazer, em igualdade de oportunidade com as demais pessoas. Essas adaptações incluem a eliminação ou redução de barreiras na estrutura física, reserva de espaços livres e assentos em diversos locais, com boa visibilidade, fácil mobilidade e facilidade no transporte (Galvão *et al.*, 2023). O acesso a produtos e serviços de tecnologia assistiva também é indispensável para promover uma maior autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida (Bastos *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a relação entre educação e trabalho deve ser compreendida como parte das estratégias de enfrentamento das desigualdades que atravessam a vida das pessoas com deficiência. A exclusão do sistema educacional e do mercado

de trabalho expressa a contradição entre o direito formalmente garantido e a realidade concreta, marcada por seletividade e desigualdade no acesso a oportunidades. Assim, a ausência de políticas públicas efetivas de inclusão educacional repercute diretamente na limitação de acesso ao emprego, perpetuando ciclos de vulnerabilidade e dependência social (Behring; Boschetti, 2011; Yazbek, 2012).

Outra barreira discutida na literatura é a discriminação, desde a negação de oportunidades de emprego e educação até o acesso inadequado a serviços, seja por superproteção familiar ou por negligência às necessidades específicas (Elias; Monteiro; Chaves, 2008). O preconceito social reforça a ideia de que as PcD são menos capazes, excluindo-as de espaços sociais, econômicos, culturais e políticos (Souza *et al.*, 2022).

A marginalização desse grupo perpetua vulnerabilidade social e prejudica a inserção em lugares e posições mais favoráveis economicamente, mantendo as PcD em condições de desvantagem socioeconômica, que se agrava ainda mais se pessoas com deficiência pertencerem a outros grupos marginalizados na sociedade, como minorias étnicas, mulheres e os economicamente desfavorecidos (Elias; Monteiro; Chaves, 2008).

Os indivíduos com maior poder aquisitivo e melhor nível educacional têm melhor acessibilidade aos serviços de saúde e às OPM, portanto o risco de não ter acesso aos serviços de saúde é mais alto para indivíduos pobres (Trani *et al.*, 2022). No Brasil, medidas de acessibilidade são melhores em regiões mais ricas, como Sul e Sudeste, e em regiões urbanas. Isso pode ser justificado pela maior dependência dos incentivos federais, administração dos recursos políticos e capacidade técnica (Pinto *et al.*, 2021).

O SUS enfrenta dificuldades para a distribuição eficiente e ágil desses produtos devido à burocracia no processo de obtenção, além de muitas vezes fabricarem dispositivos mal ajustados e que requerem trocas frequentes (Brasil, 2023). Essas barreiras são interligadas e necessitam de abordagens em diversos âmbitos para serem superadas. Avanços nas políticas públicas, investimento em infraestrutura e capacitação de profissionais são passos fundamentais para fortalecer o SUS e garantir a saúde como um direito universal. Embora as leis e incentivos governamentais busquem garantir maior acessibilidade a esse grupo, é notório que seu cumprimento é frequentemente negligenciado sob o pretexto de atender a outras prioridades (Santos; Vasconcelos, 2018).

A literatura evidencia que os fatores ambientais são mais determinantes que as próprias disfunções e condições de saúde para a realização de atividades e participação social (Hammel *et al.*, 2015). Portanto, mudanças e/ou adaptações na infraestrutura são fundamentais para garantir o acesso, possibilitar a socialização e minimizar ou eliminar esses entraves (Martins *et al.*, 2018).

Sob essa perspectiva, é possível afirmar que os direitos das PcD já estão assegurados na legislação. Cabe destacar que o Brasil, inclusive, é um dos países com o maior número de leis voltadas à garantia dos direitos de todos os cidadãos. Embora a criação de políticas e leis seja de extrema importância para promoção dos direitos às pessoas com deficiência, a prática pode ser tomada de desafios para a garantia e execução planejada. O SUS enfrenta desafios para se tornar um sistema constitucional, que preserva a universalidade e promove a assistência integral à saúde (Honorato *et al.*, 2019).

Martins *et al.* (2023) analisaram o processo de formulação da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência da cidade de Recife e observaram que a política municipal foi desenvolvida sem a participação das PcD, desconsiderando suas particularidades e necessidades. Também foi relatada falta de recursos financeiros para implementação da política. Similarmente, outro estudo apontou que os governantes locais e nacionais não tomam medidas para incorporar as PcD na participação de nenhuma etapa do planejamento, implementação e monitorização das políticas públicas. E mesmo quando são informadas, a limitação na mobilidade se torna mais um obstáculo para essas pessoas chegarem aonde acontecem os eventos (Mulumba *et al.*, 2014).

Essas dimensões evidenciam que a deficiência não é uma condição individual, mas uma experiência socialmente produzida pelas barreiras econômicas, políticas e culturais que limitam a participação plena desses sujeitos. A questão social se expressa nas formas de desigualdade e exclusão, que atingem de maneira mais intensa os grupos historicamente vulneráveis. A soma de preconceito, marginalização e desigualdade regional agrava ainda mais a negação de direitos, reforçando a seletividade das políticas sociais e a manutenção de privilégios para quem já dispõe de melhores condições socioeconômicas (Behring; Boschetti, 2011; Yazbek, 2012).

2.1.3 A inclusão da pessoa com deficiência na Agenda 2030

Em 2018, o Brasil teve uma participação ativa na Conferência de Países Signatários da Convenção da ONU, cujo tema central foi "Ninguém fica para trás com a Implementação Total da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência". Durante o evento, foram discutidas estratégias e ações para garantir a implementação efetiva dos tratados internacionais que asseguram os direitos das pessoas com deficiência (Souza; Avelar; Mattos, 2019).

A partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIDPD), promulgada em 2007, a deficiência passou a ser amplamente reconhecida como uma questão de direitos humanos, o que influenciou diretamente a inclusão dessa pauta em diversos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Spinieli; Camargo, 2021).

Em setembro de 2015, chefes de Estado, de Governo e altos representantes da ONU se reuniram em Nova York e adotaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a qual inclui os ODS. A Agenda propõe uma ação mundial coordenada entre os governos, as empresas, a academia e a sociedade civil para alcançar os 17 ODS e suas 169 metas, de forma a erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta, promovendo o desenvolvimento sustentável, equilibrando crescimento econômico, inclusão social e proteção ambiental (Martins *et al.*, 2022).

Os indicadores oficiais dos ODS são considerados um instrumento importante para garantir a implementação das metas. Contudo, uma série de desafios precisam ser superados para que esse instrumento alcance todo o seu potencial (Martins *et al.*, 2022). A saúde é representada, principalmente, pelo ODS 3, que propõe “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades”, a partir de 13 metas e 28 indicadores únicos. A abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) reforça a necessidade de políticas públicas que integrem diferentes setores para garantir o acesso equitativo a esses recursos (IPEA, 2019).

Fatores como nível socioeconômico, infraestrutura, transporte acessível e disponibilidade de serviços de saúde especializados influenciam diretamente a efetividade das ações voltadas à reabilitação e inclusão. Portanto, é fundamental que governos e instituições ampliem investimentos e estratégias intersetoriais para que as metas do ODS 3 sejam alcançadas de forma efetiva (IPEA, 2019).

Já o ODS 10 trata da redução das desigualdades, garantindo que todas as pessoas, independentemente de sua condição, tenham acesso a oportunidades e serviços essenciais. Para que essa meta seja alcançada, no Brasil, é essencial que se promova a desburocratização no acesso a órteses e próteses, ampliação da cobertura de reabilitação pelo SUS e incentivo à pesquisa e inovação tecnológica para o desenvolvimento de dispositivos mais acessíveis e eficientes (IPEA, 2019).

A Agenda 2030 surgiu como uma das grandes propostas de compromisso e responsabilização com a sociedade atual e futura e representa amadurecimento de diversas ações que foram desenvolvidas ao longo das últimas décadas no mundo todo, em especial, pela ONU (Martins *et al.*, 2022). A Agenda 2030 enfatiza a importância da qualificação no contexto das iniciativas de integração, visando promover a saúde física, mental e o bem-estar geral. Seu propósito é elevar a expectativa de vida com qualidade para toda a população, alcançando a cobertura universal de saúde e garantindo acesso a cuidados de alta qualidade (Martins *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a Agenda 2030 convoca os Estados a assumirem responsabilidade na formulação de políticas públicas capazes de reduzir desigualdades e assegurar acesso universal à saúde, à educação e ao trabalho (ONU Brasil, 2015; United Nations, 2015). No entanto, enquanto os ODS propõem a erradicação da pobreza (ODS 1) e a redução das desigualdades (ODS 10), a realidade vivida por pessoas com deficiência no Brasil permanece atravessada por barreiras arquitetônicas, ausência de transporte acessível, discriminação e desigualdades regionais. Tais obstáculos evidenciam que a inclusão defendida pelos ODS só poderá ser alcançada mediante o enfrentamento das raízes estruturais da exclusão social e o reconhecimento da deficiência como expressão das múltiplas dimensões da questão social presentes na sociedade brasileira.

Dessa forma, ainda que a Agenda 2030 represente um marco internacional de compromisso com a inclusão, sua efetivação no Brasil exige superar barreiras históricas relacionadas ao papel do Estado, às contradições da questão social e à materialização dos direitos. A inclusão das pessoas com deficiência não pode ser reduzida a uma meta programática, mas deve ser entendida como um processo político e social em constante disputa, que demanda vontade estatal, mobilização da sociedade civil e inovação nas políticas públicas para que os ODS se convertam em realidade concreta.

2.2 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E A TRANSIÇÃO DO MODELO MÉDICO PARA O MODELO SOCIAL

Desde a década de 1960, a abordagem centrada no paciente tem sido promovida como uma alternativa ao modelo de medicina focado exclusivamente na doença. Esse modelo considera o paciente como protagonista do seu percurso terapêutico e enfatiza a personalização do atendimento, garantindo a autodeterminação e a inclusão de aspectos relacionais e psicológicos na prática clínica diária. A humanização do cuidado está, portanto, diretamente ligada a essa abordagem, pois coloca a pessoa no centro do processo de atenção à saúde, considerando sua totalidade física, mental, emocional e espiritual (Giusti *et al.*, 2022).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas estabelece que a saúde é um direito fundamental e sua promoção deve ser uma prioridade global (ONU, 1948). A lei de humanização da saúde no SUS, especificamente a Lei nº 15.126, de 29 de abril de 2025, altera a Lei 8.080/90 e estabelece que a atenção humanizada é um princípio fundamental do SUS, garantindo um atendimento mais acolhedor e respeitoso com os pacientes, considerando aspectos subjetivos, emocionais e sociais (Brasil, 2025). Dessa forma, a saúde humanizada está ligada aos direitos humanos, pois garante que todos os indivíduos, independentemente de sua condição social, econômica ou de seu *status* migratório, tenham acesso equitativo a cuidados de saúde dignos.

Nos últimos 50 anos, observa-se uma transição do modelo biomédico de saúde para o modelo biopsicossocial. O primeiro tem uma visão mais centrada no biológico, no capacitismo, na qual saúde é a ausência da doença. Todas as doenças e sintomas surgem de uma disfunção fisiológica ou estrutural do corpo, sendo unidirecional (Andrews; Powell; Ayers, 2022). A patologia seria a única causa para uma doença e necessitaria de intervenções dos profissionais de saúde para corrigir ou “consertar” o problema. Nessa visão, se o indivíduo apresentasse qualquer alteração na estrutura e função do corpo, vítima de uma circunstância patológica, ele já era considerado não saudável e inválido para a sociedade (Wade; Halligan, 2004).

Esse modelo reforça o estigma e a discriminação com as PcD, assumindo que elas são incapazes de realizar qualquer atividade por conta de uma patologia. Dessa forma, eram negados acesso à educação, trabalho e lazer, por exemplo (Guevara, 2021).

Já o modelo biopsicossocial possui uma abordagem multidimensional, compreendendo que a incapacidade não é resultado exclusivo de uma patologia, mas sim da interação entre fatores biológicos, pessoais e sociais (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022). Diferente do modelo biomédico, que foca apenas na condição clínica, esse modelo reconhece que as disfunções na estrutura e função do corpo, limitações na atividade e restrições na participação social são influenciadas pelo ambiente e pelas circunstâncias individuais (Klazura; Fogaça, 2021).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela OMS ao longo da década de 1990, como resultado de um extenso processo internacional de revisão do modelo anterior: a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) de 1980. Após um período de testes em diversos países e consultas a especialistas, a CIF foi oficialmente adotada pelos Estados-Membros da OMS, em 2001, com o objetivo de oferecer uma abordagem mais ampla e integrada à compreensão da saúde e da deficiência (OMS, 2003).

Essa nova classificação abrange o modelo biopsicossocial, que considera a funcionalidade e a incapacidade não como atributos exclusivamente da pessoa, mas como resultados da interação entre condições de saúde e fatores ambientes, incluindo aspectos pessoais e ambientais (OMS, 2003). Com isso, a CIF promove uma mudança de paradigma em relação ao modelo biomédico tradicional, reconhecendo que a incapacidade é um fenômeno dinâmico, que pode ser atenuado ou agravado pelas barreiras ou facilitadores existentes no ambiente social (Klazura; Fogaça, 2021; Silva; Souza; Matos, 2023).

Portanto, no modelo biopsicossocial, o indivíduo pode ter uma condição de saúde gerando uma incapacidade para determinadas atividades ou participação social, mas, se os fatores contextuais forem facilitados, ele tem capacidade para realizar diversas outras atividades. Isso muda completamente a visão de invalidez da pessoa com deficiência (Moura *et al.*, 2017). Com isso, a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, já foi elaborada dentro da perspectiva do modelo biopsicossocial, considerando a interação entre fatores biológicos, sociais e ambientais na funcionalidade das pessoas com deficiência (Brasil, 2012).

O Capítulo II da referida portaria estabelece que o processo de habilitação e reabilitação tem como objetivo promover o desenvolvimento das potencialidades,

talentos, habilidades e aptidões da pessoa com deficiência, sejam elas físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais ou artísticas, de modo a favorecer sua autonomia e participação social em condições de igualdade com as demais pessoas (Brasil, 2012). Para isso, deve haver atuação permanente de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da PcD e acesso a todos os ambientes, serviços e tecnologias assistivas, a fim de estimular e desenvolver aptidões de acordo com a necessidade de cada uma (Aguiar *et al.*, 2021).

Neste contexto, a humanização da assistência à saúde, alinhada aos princípios dos direitos humanos, deve ser um compromisso global para assegurar que ninguém seja privado de cuidados adequados por motivos de discriminação, conflitos ou barreiras econômicas. O fortalecimento das leis internacionais de proteção à saúde, aliado a políticas públicas inclusivas e ao engajamento da sociedade civil, é essencial para que os sistemas de saúde sejam verdadeiramente equitativos e acessíveis a todos, independentemente de sua origem ou condição social (Van Hout; Wells, 2021).

2.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA E TECNOLOGIA ASSISTIVA: DIREITO À INCLUSÃO E À PARTICIPAÇÃO SOCIAL PLENA

Pessoa com deficiência é um conceito que vem se transformando ao longo da história. Segundo a LBI, considera-se PcD aquele indivíduo que possui uma ou mais limitações de longo prazo, sejam elas de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e que enfrenta restrições em sua participação plena e efetiva na sociedade devido à presença de barreiras ambientais (Brasil, 2015). De acordo com Yeo e Moore (2013), a deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, e aqueles que envelhecerem enfrentarão dificuldades progressivas com a funcionalidade de seus corpos.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU reconhece que a deficiência não é um conceito fixo, mas sim dinâmico e em constante transformação, sendo compreendida como o resultado da interação entre a pessoa com deficiência e diversas barreiras presentes no ambiente, como atitudes discriminatórias, obstáculos arquitetônicos e limitações nas políticas públicas. Essas barreiras dificultam ou impedem a participação plena e efetiva dessas pessoas na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas (Brasil, 2009).

No Brasil, em 2022, as PcD representavam uma parcela significativa da população, com cerca de 18 milhões de pessoas. Dessas, 3,4% possuem deficiência visual; 1,1% têm deficiência auditiva, 1,2% têm deficiência mental, e 1,8% apresentam deficiência motora. Esses números evidenciam a relevância das políticas de saúde pública para esse grupo e a necessidade de atenção específica às suas condições de saúde (IBGE, 2023a).

Essas necessidades impactam de forma significativa o sistema de saúde, tanto em relação à demanda por serviços quanto aos custos (Medeiros *et al.*, 2021). O atendimento inadequado ou insuficiente às PcD não apenas eleva os custos diretos e indiretos para o sistema de saúde, mas também afeta significativamente a qualidade de vida dessas pessoas, reduzindo sua participação social e aumentando as desigualdades (Pupo; Almeida; Trenche, 2021).

As evidências indicam que a PcD tem uma expectativa de vida menor e enfrenta piores condições de saúde e de funcionalidade, além de emergências de saúde mais frequentes, quando comparadas às pessoas sem deficiência. Isso ocorre devido às desigualdades e condições injustas a que estão submetidas (WHO, 2022a). Yeo e Moore (2013) afirmam que, apesar do crescente reconhecimento da questão da deficiência no campo do desenvolvimento, as PcD continuam entre as mais pobres. No entanto, pesquisas sobre pobreza e deficiência são escassas e há uma exclusão generalizada dessas pessoas nas organizações de desenvolvimento e pesquisa.

O número de PcD no país tem implicações diretas sobre como a sociedade deve se organizar para tratar a deficiência de forma mais justa e igualitária. Uma das formas adotadas pelo Estado brasileiro para garantir a autonomia e melhorar as condições e qualidade de vida dessas pessoas é a formulação de políticas públicas, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde, à educação, ao trabalho e ao lazer (Santos, 2008).

As diversas formas de deficiência, que podem variar de restrições mais leves a deficiências graves, exigem ações do Estado e a implementação de instrumentos legais que assegurem a construção de uma rede de proteção social. Essa proteção pode se expressar por meio de políticas de inclusão no mercado de trabalho, educação e assistência social (Santos, 2008). Nesse contexto, para que as políticas públicas de inclusão sejam efetivas, é fundamental garantir o acesso a produtos e recursos que promovam a funcionalidade e a autonomia das PcD. Entre os produtos,

destacam-se os dispositivos de tecnologia assistiva, como os já citados, e quanto aos recursos, pode-se citar os serviços oferecidos pelos CER (Santos *et al.*, 2017).

Segundo a LBI de 2015, a TA engloba recursos, produtos, equipamentos, dispositivos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que visam proporcionar maior autonomia, inclusão e qualidade de vida para as pessoas com deficiência (Brasil, 2015). Esses dispositivos incluem desde cadeiras de rodas motorizadas e *softwares* de leitura de tela até próteses e órteses de última geração, permitindo que indivíduos com diferentes tipos de limitações físicas, sensoriais ou cognitivas tenham mais autonomia e possam participar de maneira mais ativa na sociedade (Bastos *et al.*, 2023).

Portanto, as TA são essenciais para muitas PcD, pois ajudam a superar as barreiras de acessibilidade, permitindo a participação social. O avanço tecnológico de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção tem proporcionado maior autonomia, possibilitando o acesso aos espaços públicos, à educação, ao trabalho e ao lazer (Bastos *et al.*, 2023; Soares *et al.*, 2017). Esses recursos são essenciais para a reabilitação e inclusão social, permitindo a participação ativa em diversos ambientes da sociedade (Brasil, 2023).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida pela Portaria MS/GM nº 1.060 do Ministério da Saúde, em 5 de junho de 2002, integra os recursos assistivos às ações de atenção especializada, garantindo o acesso a dispositivos e o financiamento para a aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (Brasil, 2010). A LBI (Lei 13.146/2015) fortaleceu esse compromisso, ao assegurar o direito das PcD a equipamentos e adaptações que favoreçam sua mobilidade e inclusão social. Além disso, estabeleceu que as empresas devem adotar medidas para tornar os ambientes de trabalho acessíveis, reforçando a importância de investimentos em tecnologias assistivas para garantir o cumprimento da legislação e a efetiva inclusão desse público (Brasil, 2015).

Ainda em 2015, Cruz e Emmel, visando identificar a forma de aquisição dos recursos de TA pelas pessoas com deficiência física no Brasil, bem como a usabilidade e o abandono dessas tecnologias, detectaram que 71,35% dos produtos adquiridos são disponibilizados por concessão pelo SUS, incluindo bengala, cadeira de banho, cadeira de rodas manual, andador, muleta, órtese e prótese (Cruz *et al.*, 2020). Mesmo diante da relevância da natureza assistencial das OPM, indispensável à atuação humana nas diversas ocupações, e da significativa demanda existente no

Brasil, um estudo relatou uma baixa otimização desses recursos por seus usuários e a dificuldade em buscá-los no mercado e principalmente nos órgãos públicos (Cossa *et al.*, 2017).

Já em 2021, um importante avanço foi o lançamento do Plano Nacional de Tecnologia Assistiva (PNTA), que enfatizou o desenvolvimento e a ampliação da tecnologia assistiva para as pessoas com deficiências (Brasil, 2021). O plano representou um avanço importante na política de inclusão no Brasil, pois definiu diretrizes para ampliar o acesso, a produção e a inovação em tecnologia assistiva, promovendo a articulação entre governo, setor produtivo e sociedade civil. Entre os principais avanços, destacam-se a integração da tecnologia assistiva nas áreas da saúde, educação e trabalho e o fortalecimento da autonomia das pessoas com deficiência. Com metas estruturadas e investimentos específicos, o PNTA contribui para tornar o acesso aos recursos mais ágil, qualificado e acessível (Brasil, 2021).

Dessa forma, investir no acesso às TA não apenas promove a independência e inclusão das PcD, mas também resulta em menor gasto econômico para os governos a longo prazo (WHO, 2022). Os recursos de tecnologias assistivas são fundamentais na busca por direitos e igualdade social, além de facilitarem o retorno ao mercado de trabalho, possibilitando que pessoas com deficiência tenham independência financeira e contribuam economicamente com a sociedade (Campos *et al.*, 2018). Da mesma forma, facilitam o acesso à educação, permitindo que crianças e adultos possam estudar e se qualificar profissionalmente (Santos *et al.*, 2017; Toro-Hernández *et al.*, 2019).

O Brasil dispõe de um arcabouço normativo robusto em relação aos direitos das pessoas com deficiência, à organização do SUS, à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e à promoção do acesso às tecnologias assistivas, em diálogo com a Agenda 2030 e com a transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial. Ao mesmo tempo, a literatura evidencia que, na prática, persistem barreiras arquitetônicas, organizacionais, comunicacionais, territoriais e socioeconômicas que dificultam o acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, revelando contradições entre o direito formalmente assegurado e sua efetivação concreta nos territórios. No atendimento clínico à pessoa com deficiência, observa-se que o acesso às OPM vai muito além da simples oferta de um dispositivo.

Nesse contexto, torna-se necessário compreender como o acesso às OPM se configura no âmbito do SUS e, em particular, na Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiência, considerando as relações de poder, os limites e potencialidades da ação estatal, bem como as desigualdades regionais que marcam o desenvolvimento local.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência física no Brasil, a partir de categorias analíticas, articulando o poder e o papel do Estado, expressões da questão social e direito e acesso à saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar as barreiras no acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência física no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

b) Descrever as proposições para a melhoria do acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência física no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão de escopo ou *Scoping Review*, utilizada para mapear e sintetizar evidências científicas existentes na literatura sobre a dispensação de OPM para pessoas com deficiência física no SUS.

As revisões de escopo são amplamente aceitas como uma metodologia legítima e rigorosa para fornecer uma visão geral do estado de evidências sobre assuntos emergentes, pouco conhecidos, interdisciplinares, complexos ou dispersos por metodologias variadas. Segue uma condução rigorosa de análise para que se torne confiável, fornecendo uma visão mapeada das fontes de evidências (Peters *et al.*, 2022).

Os objetivos da revisão de escopo são examinar a extensão e natureza das produções e/ou esclarecer conceitos que fundamentam uma dada área; identificar a viabilidade ou relevância de realizar revisão sistematizada e, nesse caso, configurar-se como um exercício preliminar à revisão sistemática, que apura a pergunta de revisão; sistematizar e disseminar achados que podem contribuir para as práticas e políticas e para a pesquisa; identificar lacunas na literatura existente, bem como compreender como a pesquisa é conduzida em uma área. Dessa forma, a revisão de escopo tanto pode auxiliar o revisor a examinar evidências emergentes, quando a produção científica existente é recente e/ou incipiente, quanto examinar como as pesquisas estão sendo conduzidas em áreas já consolidadas (Cordeiro; Soares, 2019).

A revisão de escopo foi conduzida com base nas diretrizes propostas pelo Manual do *Joanna Briggs Institute* (Peters *et al.*, 2022). O *checklist PRISMA extension for scoping reviews* (PRISMA-ScR), que consiste em uma lista de verificação composta por 20 itens-chave essenciais de uma revisão de escopo, foi utilizado com a finalidade de aprimorar a qualidade e a transparência da pesquisa (Munn *et al.*, 2018).

A revisão foi constituída pelas seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão; estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, de modo a permitir a categorização dos achados;

avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e elaboração da apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Munn *et al.*, 2018).

4.2 ETAPAS DA REVISÃO DE ESCOPO

4.2.1 Pergunta de pesquisa

A pergunta de revisão de escopo é o elemento que orienta a realização de um levantamento de estudos disponíveis na literatura indexada e deve ser articulada no protocolo e claramente ligada ao objetivo da revisão, permitindo aos autores irem além das declarações de objetivos gerais e fornecer detalhes mais precisos sobre o foco da revisão e o que será mapeado e revisado (Peters *et al.*, 2022).

A redação da questão de pesquisa é importante e precisa ser congruente e ilustrar claramente o participante (P), o conceito (C) e o contexto (C) de interesse da revisão, com o propósito de trazer clareza na leitura dessa revisão (Lockwood; Santos; Pap, 2019). A estratégia PCC utilizada no presente estudo está descrita no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos elementos utilizados para a elaboração da pergunta de revisão de escopo. Vitória, ES, 2025.

Anacrônicos	Descrição
População	Pessoas com deficiência física que demandam uso de OPM
Conceito	Barreiras e proposições de melhorias no acesso a órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção
Contexto	Sistema Único de Saúde, Brasil.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Dessa maneira, a pergunta desenvolvida para a construção da presente revisão foi: Quais as barreiras no acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção enfrentadas pela pessoa com deficiência física no Brasil e as proposições de melhorias a partir da instituição da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde?

4.2.2 Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade são baseados na questão de pesquisa elaborada, para promover a garantia da consistência e elegibilidade na tomada de decisões quanto às seleções de estudos para a pesquisa (Munn *et al.*, 2018).

Os critérios de inclusão foram: estudos completos publicados em periódicos, indexados em qualquer idioma, que abordassem o acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência física no Brasil. Foram incluídos artigos publicados a partir de 2012, devido à instituição da RCPD no âmbito do SUS (Portaria nº 793/2012 do Ministério da Saúde) (Brasil, 2012).

Os critérios de exclusão adotados foram: ensaios clínicos de qualquer natureza; resumos publicados em revistas ou anais de evento; revisões de literatura de abrangência mundial que, apesar de incluírem artigos brasileiros, abordam os resultados de forma generalizada; aqueles em que o acesso completo ao texto foi impossibilitado e estudos duplicados nas bases de dados.

De acordo com as diretrizes que determinam a metodologia de revisão de escopo, não há necessidade de exclusão de artigos segundo critérios de qualidade metodológica (Lockwood; Santos; Pap, 2019), portanto foram considerados estudos com diversas abordagens metodológicas.

4.2.3 Fontes de informação e estratégias de busca

Os estudos foram extraídos de cinco importantes bases ou bibliotecas virtuais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS/BVS - Biblioteca Virtual em Saúde), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), Scopus (Elsevier), Web of Science (Clarivate). A busca dos estudos foi realizada em maio e junho de 2025.

Para definição das palavras-chave utilizadas na busca, foram considerados os elementos PCC (Quadro 2), reconhecidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings Terms* (MeSH). A estratégia de busca empregada nas bases de dados SciELO e LILACS utilizou a combinação de descritores na língua portuguesa, reconhecidos pelo DeCS: (Aparelhos Ortopédicos OR Órtese OR Prótese OR muleta) AND (Brasil). Para a busca nas bases de dados Pubmed, Scopus e Web of Science, foram utilizadas combinações de descritores na

língua inglesa, reconhecidos pelos sistemas de termos Mesh: (“*Orthotic Devices*” OR *Prosthesis* OR *Wheelchairs* OR *Crutches* OR “*Self-Help Devices*” OR “*Assistive device*” OR “*Assistive Technology*”) AND Brazil AND Disabled (Quadro 3).

Ademais, também foram empregados diferentes filtros nas bases de dados, com o propósito de abranger apenas publicações a partir de 2012 e estudos primários ou revisões de literatura (Quadro 4).

Quadro 3 – Estratégia de busca utilizada para revisão de escopo nas bases de dados. Vitória, ES, 2025.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
SciELO BVS/LILACS	(Aparelhos Ortopédicos OR Órtese OR Prótese OR muleta) AND (Brasil)
Pubmed Scopus Web of Science	(“ <i>Orthotic Devices</i> ” OR <i>Prosthesis</i> OR <i>Wheelchairs</i> OR <i>Crutches</i> OR “ <i>Self-Help Devices</i> ” OR “ <i>Assistive device</i> ” OR “ <i>Assistive Technology</i> ”) AND Brazil AND Disabled

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quadro 4 - Manejo da utilização de filtros nas diferentes bases de dados. Vitória, ES, 2025.

BASE DE DADOS	FILTROS UTILIZADOS
SciELO	“Artigo”, “Artigo de revisão”, “Relato de caso”
BVS/LILACS	“Estudo observacional”, “Pesquisa qualitativa”, “Estudo de prevalência”, “Estudo de avaliação”, “Estudo de rastreamento”, “Revisão de literatura”, “Avaliação de tecnologias de saúde”, “Estudo prognóstico”, “Estudo de incidência”, “Avaliação econômica em saúde”, “Revisão sistemática”, “Revisão sistemática de estudos observacionais”.
Pubmed	“ <i>Case reports</i> ”, “ <i>Classical article</i> ”, “ <i>Comment</i> ”, “ <i>Comparative study</i> ”, “ <i>Dataset</i> ”, “ <i>Evaluation study</i> ”, “ <i>Government publication</i> ”, “ <i>Historical article</i> ”, “ <i>Interview</i> ”, “ <i>Introductory journal article</i> ”, “ <i>Legislation</i> ”, “ <i>Meta-analysis</i> ”, “ <i>Multicenter study</i> ”, “ <i>Network meta-analysis</i> ”, “ <i>Newspaper article</i> ”, “ <i>Observational study</i> ”, “ <i>Overall</i> ”, “ <i>Patient education handout</i> ”, “ <i>Personal narrative</i> ”, “ <i>Portrait</i> ”, “ <i>Review</i> ”, “ <i>Scientific integrity review</i> ”, “ <i>Scoping review</i> ”, “ <i>Systematic review</i> ”, “ <i>Technical report</i> ”, “ <i>Validation study</i> ”.
Scopus	“ <i>Limited to article</i> ”
Web of Science	Sem utilização de filtro

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.2.4 Seleção de estudos

Os resultados de cada base de dados foram exportados para o *software* Rayyan QCRI, para seleção dos estudos de forma independente por dois revisores. Inicialmente, realizou-se a exclusão de duplicatas, e os estudos que permaneceram foram submetidos à análise dos títulos, excluindo-se aqueles que não guardavam pertinência com os objetivos desta dissertação. Em seguida, foi feita a leitura dos resumos, com a seleção dos estudos que atendiam aos critérios de inclusão delimitados. Por último, mediante a leitura na íntegra, foram escolhidas as pesquisas que se alinhavam aos objetivos do estudo, culminando na amostra final incorporada a esta revisão de escopo.

Além da busca sistemática nas bases de dados selecionadas, também foi realizada uma busca complementar nas listas de referências dos estudos incluídos (método de *snowballing*), com o objetivo de identificar publicações adicionais potencialmente relevantes que não haviam sido capturadas na estratégia inicial de busca. Esta etapa contribuiu para o refinamento e a ampliação do *corpus* final da revisão (Peters *et al.*, 2020).

A escolha dos estudos foi conduzida, em todas as etapas, por dois revisores, e as publicações julgadas como indecisas ou em conflito de julgamento foram reavaliadas em conjunto para decisão sobre inclusão ou exclusão no estudo. Todo o procedimento de seleção dos estudos, incluindo os motivos e a quantidade de exclusões em cada etapa foi detalhadamente documentado em um fluxograma, adaptado conforme as diretrizes do PRISMA (Anexo A) (Rethlefsen *et al.*, 2021).

4.2.5 Extração e organização dos dados/conteúdos

Para a extração e a organização dos dados dos estudos selecionados, definiu-se previamente um protocolo, em concordância com os critérios de inclusão e a questão desta revisão. Os dados extraídos de cada artigo foram organizados em uma planilha no Microsoft Excel®. Para a caracterização dos estudos selecionados, foram extraídas as seguintes informações: autores, ano de publicação, local de realização do estudo, delineamento do estudo, amostra e objetivos.

As barreiras e proposições de melhorias para o acesso às OPM no Brasil foram buscadas ativamente em todo o conteúdo do artigo e transcritas para uma planilha.

Esses conteúdos foram analisados qualitativamente por meio da técnica de análise textual discursiva, que consiste em uma análise de dados que perpassa duas formas de análise de pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo e do discurso (Moraes; Galiuzzi, 2006).

Tendo como ponto de partida os objetivos da presente pesquisa, inicialmente os dados coletados foram separados por unidades de sentido. Posteriormente, foram agrupados por similaridade, possibilitando o estabelecimento das categorias de análises que foram discutidas (Moraes; Galiuzzi, 2006). Essa sistematização permitiu organizar os achados de maneira a revelar não apenas os aspectos técnicos e operacionais relacionados à dispensação de OPM, mas também suas determinações sociais e políticas mais amplas.

4.2.6 Análise dos dados/conteúdos

A definição das categorias analíticas teve como fundamento a literatura crítica do Serviço Social e da Saúde Coletiva, orientando a interpretação dos resultados a partir de quatro eixos centrais: poder e papel do Estado, expressões da questão social, direito e acesso à saúde e proposições de melhorias. Tais eixos permitiram ultrapassar a descrição dos achados, situando-os no campo das políticas públicas como respostas contraditórias às desigualdades estruturais que marcam a sociedade brasileira.

No eixo do poder e papel do Estado, buscou-se compreender como a gestão federativa, os mecanismos de financiamento e a coordenação entre as esferas do SUS impactam o processo de dispensação de OPM. Já as expressões da questão social foram analisadas a partir das desigualdades territoriais, socioeconômicas e institucionais evidenciadas nos estudos, compreendendo-as como materializações concretas da exclusão social. O eixo do direito e acesso à saúde foi construído com base na tensão entre os marcos legais e normativos que garantem a reabilitação como direito e as barreiras que dificultam sua efetivação prática. Por fim, o eixo das proposições de melhorias possibilitou identificar recomendações dos estudos analisados e integrá-las a uma perspectiva crítica de fortalecimento das políticas públicas.

Essa estratégia de análise, ao articular categorias empíricas e referenciais teóricos, favoreceu a construção de uma leitura ampliada dos resultados. A partir dela,

foi possível organizar os achados em um quadro sintético e desenvolver um infográfico que expressa de forma integrada as etapas do processo de dispensação de OPM e os principais entraves em cada uma delas. Assim, a análise não apenas sistematizou evidências, mas também produziu uma interpretação crítica capaz de subsidiar a discussão e apontar caminhos para a formulação de políticas públicas mais equitativas e inclusivas.

4.2.6.1 Construção do infográfico

O infográfico foi desenvolvido como parte do processo metodológico, com base nas categorias de análise construídas na etapa anterior. A partir da sistematização dos achados nos quatro eixos – poder e papel do Estado, expressões da questão social, direito e acesso e proposições de melhorias –, elaborou-se uma representação visual que sintetiza o processo ideal de dispensação de OPM no SUS.

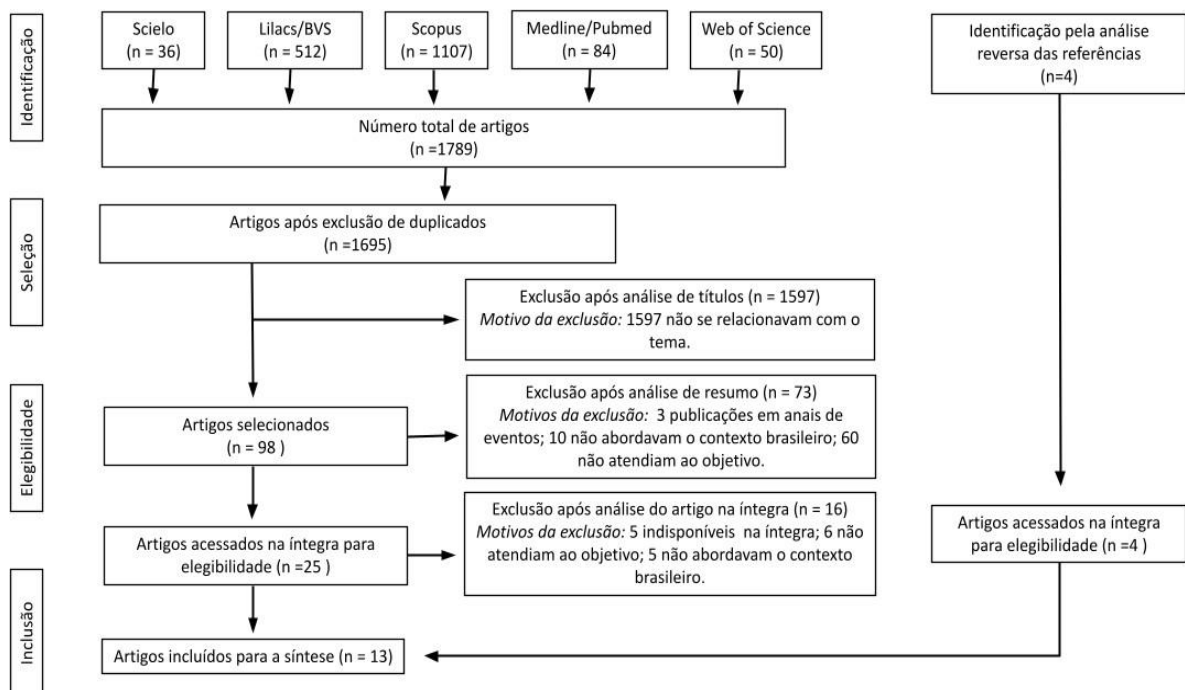
O objetivo desse recurso foi traduzir os resultados em uma linguagem acessível e de fácil interpretação, tanto para o público acadêmico quanto para gestores e profissionais de saúde. O infográfico foi estruturado de modo a evidenciar as seis etapas interdependentes do processo (solicitação, avaliação, autorização, produção, entrega e acompanhamento) e indicar os principais obstáculos identificados em cada uma delas.

Desse modo, o infográfico constitui uma tecnologia educativa e social, concebida como produto da análise e não apenas como ilustração. Ele se articula metodologicamente aos objetivos do estudo, ao permitir a síntese dos resultados e, ao mesmo tempo, servir como instrumento de disseminação do conhecimento científico, com potencial de subsidiar a gestão pública, a formulação de políticas e a participação social.

5 RESULTADOS

Um total de 1.789 artigos foram identificados: 36 na SciELO, 512 na LILACS/BVS, 1.107 no Scopus, 84 na Pubmed e 50 na Web of Science. Dentre esses, 94 artigos foram duplicados nas bases de dados, resultando em 1.695 artigos para o processo de seleção. Desses, 1.597 foram excluídos pela leitura do título, devido à falta de relação com o tema abordado. Dos 98 resumos avaliados, 73 não atenderam aos critérios de elegibilidade. Dos 25 artigos elegíveis para leitura na íntegra, 9 preencheram todos os critérios e foram incluídos nesta revisão. Quatro artigos foram identificados pela análise reversa das referências. Dessa forma, a revisão contemplou 13 artigos. A Figura 1 apresenta o fluxograma dos estudos identificados, bem como as razões de exclusão em cada etapa.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Na análise das características dos estudos selecionados, presente no Quadro 5, a seguir, observa-se que a maior parte dos artigos (n=9) foi publicada nos últimos cinco anos, indicando um aumento recente no interesse pelo tema. A abordagem metodológica mais utilizada foi a qualitativa (n=9), incluindo as revisões críticas ou narrativas (n=3), revisão de escopo (n=1), estudos de caso (n=2) e de caráter

exploratório documental (n=3). Os demais artigos possuíam abordagem quantitativa (n=4), sendo três transversais e um estudo ecológico.

O Quadro 5 também descreve o local onde os estudos foram conduzidos. Dentre aqueles que especificaram o estado brasileiro analisado, a Região Sudeste foi a mais frequente, com todos os estudos realizados no estado de São Paulo, seguido pela Região Nordeste e pela Região Centro-Oeste. As revisões e análises documentais utilizaram como amostra artigos científicos, atas da Comissão Intergestores, legislações, diretrizes, políticas públicas, documentos técnicos e regulatórios, bem como editais de fomento às tecnologias assistivas. Por sua vez, os estudos de caso, estudos transversais e ecológicos tiveram como participantes usuários do SUS com algum tipo de deficiência física, profissionais de saúde envolvidos no processo de dispensação de OPM, além de gestores públicos.

Quadro 5 - Caracterização dos estudos quanto à autoria, ano de publicação, local do estudo, delineamento, amostra e objetivos. Vitória, ES, 2025

Autor, ano	Local do estudo	Delineamento	Amostra	Objetivo
Caro <i>et al.</i> , 2014	São Paulo, SP	Transversal	24 profissionais atuantes no fluxo de dispensação de TA	Identificar o processo de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção pelo SUS no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região de São Paulo.
Cruz; Emmel, 2015	São Carlos, SP	Transversal	91 usuários do SUS com algum tipo de deficiência física	Identificar os recursos de tecnologia assistiva que as pessoas com deficiência física possuem e como ocorreu a aquisição dessas tecnologias, sua usabilidade e abandono e o conhecimento desses sujeitos acerca das políticas de concessão de tecnologias.
Cossa <i>et al.</i> , 2017	Brasil	Revisão narrativa	11 editais de apoio a projetos de TA	Estudar os principais editais do Brasil que apoiem projetos de TA, identificando a relação entre TA e a inovação como ferramentas de propulsão à inclusão social e cidadania.
Toro-Hernández <i>et al.</i> , 2019	Brasil	Revisão narrativa	Diretrizes, políticas públicas, indicadores de cobertura e relatórios institucionais	Detalhar os tipos de TA e o progresso para torná-los disponíveis globalmente e os desafios da TA em países em desenvolvimento, incluindo a relação custo-eficácia.
Parreira <i>et al.</i> , 2020	Anápolis, GO	Transversal	108 pacientes com sequelas de lesões neurológicas	Apresentar as principais formas de aquisição de TA, utilizadas por pacientes em reabilitações em três instituições de Anápolis/GO.
D’Cunha <i>et al.</i> , 2022	Brasil	Revisão de escopo	98 artigos	Avaliar as evidências sobre a experiência de pessoas com deficiência no Brasil com relação às seis diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.
Bastos <i>et al.</i> , 2023	Brasil	Exploratório documental	41 documentos bibliográficos sobre legislação e outros documentos técnicos e regulatórios	Identificar a relação existente entre a otimização dos recursos e serviços da TA e a formulação de políticas públicas no país.
Farias <i>et al.</i> , 2023	Recife, PE	Estudo de caso	4 profissionais da saúde, 2 PcD, 2 cuidadores e 1 gestor	Analisar o acesso das PcD aos serviços de atenção especializada na cidade do Recife-PE, a partir das dimensões disponibilidade-acomodação e adequação.
Ferreira <i>et al.</i> , 2023	São Paulo, SP	Exploratório documental	Atas da Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo, de 2011 a 2019	Analisar a dinâmica de funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite na condução da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado de São Paulo.
Domingues; Laplane, 2024	Brasil	Revisão crítica	186 artigos e documentos brasileiros	Identificar os principais temas relacionados ao debate internacional sobre políticas públicas de TA, analisar o caso brasileiro à luz desses temas e extrair lições que possam ser

				aplicadas no Brasil e em outros países para avançar no progresso da área.
Medeiros <i>et al.</i> , 2024	Brasil	Ecológico	Serviços especializados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, financiados entre 2012 e 2020	Analisar a distribuição espacial e a tendência temporal da implantação dos serviços especializados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nos primeiros oito anos após sua instituição.
Miranda <i>et al.</i> , 2024	Brasília, DF; Santos, SP e Arcoverde, PE	Estudo de caso	16 profissionais e gestores de Unidades Básicas de Saúde	Avaliar o acesso das pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde a partir da percepção de profissionais e gestores de unidades de atenção primária.
Silva Filho <i>et al.</i> , 2025	Alagoas	Análise documental de dados secundários	Dados do SIA/DATASUS, SIGTAP/DATASUS e Secretarias de Estado da Saúde de 2010 a 2024	Analisar as políticas públicas e procedimentos na dispensação de próteses de membros inferiores entre 2010-2024.

TA: Tecnologia Assistiva; PcD: Pessoa com Deficiência; SP: São Paulo; PE: Pernambuco; GO: Goiás; DF: Distrito Federal; SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais; SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

As barreiras encontradas em cada estudo estão resumidas no Quadro 6, a seguir. A fragmentação e a desarticulação do sistema de saúde foi a barreira mais citada (Caro *et al.*, 2014; Cossa *et al.*, 2017; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024; Miranda *et al.*, 2024; Parreira *et al.*, 2020; Silva Filho *et al.*, 2025), seguida do subfinanciamento do sistema de saúde e a insuficiência de recursos públicos (Caro *et al.*, 2014; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Parreira *et al.*, 2020; Toro-Hernández *et al.*, 2019). A falta de qualificação profissional também configurou uma das principais barreiras a serem superadas (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024).

Também foram mapeadas limitações físicas, arquitetônicas e geográficas (Caro *et al.*, 2014; D’Cunha *et al.*, 2022; Farias *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024; Miranda *et al.*, 2024; Toro-Hernández *et al.*, 2019), falta de conhecimento sobre os direitos e as possibilidades de crédito para aquisição dos dispositivos (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Parreira *et al.*, 2020) e a baixa incorporação tecnológica e inovação em TA (Bastos *et al.*, 2023; Cossa *et al.*, 2017; Domingues; Laplane, 2024; Silva Filho *et al.*, 2025).

A análise temática permitiu a sistematização dos resultados em categorias que evidenciam múltiplas dimensões do acesso às OPM no contexto do SUS. O Quadro 7, a seguir, sintetiza essas categorias, organizando-as em unidades de sentido que revelam o poder e papel desempenhado pelo Estado, as expressões da questão social, as repercussões sobre o direito e acesso à saúde, bem como as proposições de melhoria indicadas.

Quadro 6 - Caracterização dos estudos quanto às barreiras e proposições de melhorias. Vitória, ES, 2025.

AUTOR, ANO	BARREIRAS	PROPOSIÇÕES DE MELHORIAS
Caro <i>et al.</i> , 2014	Concentração dos serviços de OPM em poucos polos. Dificuldade de referenciamento. Prescrição não individualizada. Ausência de equipe multiprofissional qualificada para acompanhamento. Longo tempo de espera. Encaminhamento para centros de referência distantes: desgaste físico, econômico e emocional. Dependência de instituições filantrópicas. Baixo investimento público: fragilidade na assistência.	Indicar profissionais adequados para responder às questões referentes à dispensação de TA. Revisar e atualizar as tabelas de dispositivos de OPM. Garantir acompanhamento e manutenção pelo serviço responsável. Elaborar instrumentos que avaliem a qualidade de vida dos usuários e o sistema de oferta. Empoderar a população para reivindicar direitos e fazer cumprir as leis.
Cruz; Emmel, 2015	Falta de financiamento pelo SUS. Abandono do recurso por falta de treinamento e adaptação. Desconhecimento das políticas de concessão das tecnologias. Falta de prescrição por profissionais qualificados.	Desenvolver estratégias para ampliar acesso à informação sobre direitos das pessoas com deficiência. Capacitar os profissionais na AB para reconhecer indivíduos que se beneficiariam com o uso de OPM. Articular com a e-Multi, para otimizar encaminhamentos. Garantir distribuição equitativa de verbas conforme demanda regional.
Cossa <i>et al.</i> , 2017	Ausência de registros formais e sistematizados das ações de dispensação. Descontinuidade nas iniciativas da FINEP voltadas à TA.	Conhecer os segmentos das ações da FINEP em seu mercado consumidor, partindo dos projetos voltados para tecnologia assistiva.
Toro- Hernández <i>et al.</i> , 2019	Subfinanciamento do SUS. Desigualdade territorial no acesso à TA.	Ofertar treinamentos sobre o uso adequado da TA. Assegurar coordenação eficaz entre os envolvidos na aquisição das OPM.
Parreira <i>et al.</i> , 2020	Limitações técnicas e orçamentárias do SUS. Desconhecimento de programas de financiamento e crédito. Burocracia excessiva.	Simplificar os trâmites para aquisição de recursos ou benefícios. Facilitar a aquisição de crédito para aquisição de TA. Redução tributária para aquisição de TA. Atualizar o rol de recursos dispensados pelo SUS. Revisar políticas e programas para ampliar acesso. Divulgar programas de financiamento.
D’Cunha <i>et al.</i> , 2022	Acessibilidade física inadequada. Falta de transporte público adaptado para deslocamento até o CER. Desarticulação entre a atenção primária e especializada. Baixa qualificação dos profissionais de saúde. Ausência de dados sobre PcD nos sistemas de informação em saúde. Desigualdades regionais e sociais. Abordagens assistencialistas.	Ampliar a oferta, manutenção e reposição de dispositivos de TA no SUS. Capacitar profissionais de saúde e fortalecer a formação acadêmica. Melhorar a integração, fluxo de reabilitação e coordenação dos serviços. Garantir acessibilidade nas unidades de saúde e centros de referência. Utilizar dados dos sistemas de informação do SUS para monitorar a demanda e distribuição. Criar campanhas informativas para os usuários de TA.

	Burocracia rigorosa e má coordenação dos serviços de reabilitação. Desconhecimento dos direitos relacionados à TA.	
Bastos <i>et al.</i> , 2023	Baixa otimização dos recursos no mercado e órgãos públicos. Ausência da temática na formação profissional: escassez de profissionais qualificados. Desconhecimento do tema pelo público-alvo. Ausência de acompanhamento para ajustes e adaptações necessárias, reduzindo a aceitação do dispositivo. Atraso na implantação de formações especializadas em TA.	Desenvolver programas de capacitação para profissionais da saúde. Promover adaptação e acompanhamento na escolha, aquisição e uso dos dispositivos. Divulgar temas e financiamento em canais acessíveis. Estimular inovação na área de TA.
Farias <i>et al.</i> , 2023	Fragmentação da atenção e descontinuidade do cuidado. Barreiras arquitetônicas e urbanísticas no acesso aos serviços especializados. Longo tempo de espera para acesso aos dispositivos. Deficiência na qualificação profissional. Subfinanciamento do SUS e insuficiência de recursos na área.	Instituir a Política de Educação Permanente para capacitação contínua dos profissionais da rede em todos os níveis de complexidade. Garantir continuidade do cuidado: fluxos definidos e planejamento longitudinal. Fortalecer o financiamento do SUS na área de atenção à PcD.
Ferreira <i>et al.</i> , 2023	Fragmentação federativa. Falta de integração entre os níveis de atenção. Pauta da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pouco abordada em reuniões intergestoras. Insuficiência no financiamento público.	Fortalecer a governança tripartite. Garantir financiamento contínuo e específico para as ações e serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ampliar a centralidade da pauta PcD nas reuniões governamentais.
Domingues; Laplane, 2024	Fragmentação do sistema. Lista de OPM desatualizada: limita a integração de novas tecnologias. Baixo conhecimento técnico entre os profissionais. Desigualdades socioeconômicas. Cortes orçamentários em ciência e tecnologia.	Estimular a cooperação internacional: troca de informações, experiências e prática. Implementar medidas para estimular a oferta, demanda e o desenvolvimento de produtos. Adotar abordagem sistemática e coordenação intergovernamental. Estabelecer o catálogo de Produtos Assistivos Prioritários da OMS.
Medeiros <i>et al.</i> , 2024	Desigualdade regional na oferta de serviços. Insuficiência de oficinas de OPM para atender a demanda nacional. Predominância da abordagem biomédica em detrimento da integralidade. Falta de capacitação profissional específica. Ausência de acompanhamento pós-entrega dos dispositivos. Fragilidade na articulação da rede. Ausência de critérios demográficos para expansão dos serviços. Barreiras físicas e atitudinais nos serviços existentes.	Ampliar oficinas de dispositivos ortopédicos, priorizando regiões com cobertura deficiente. Priorizar equidade regional baseada em diagnósticos situacionais. Fortalecer integração das oficinas à rede. Organizar fluxos assistenciais para facilitar encaminhamento e seguimento. Promover formações específicas para profissionais que atuam com prescrição, adaptação e acompanhamento do uso das OPM. Realizar acompanhamento pós-entrega da OPM. Fortalecer o financiamento público.
Miranda <i>et al.</i> , 2024	Oferta limitada de serviços especializados. Longo tempo de espera.	Promover comunicação efetiva entre os elementos da rede assistencial. Priorizar longitudinalidade do cuidado.

	<p>Localização geográfica dos centros de referência limitadas, gerando gastos com deslocamento.</p> <p>Ausência de comunicação entre os serviços.</p> <p>Descontinuidade do cuidado.</p>	
<p>Silva Filho <i>et al.</i>, 2025</p>	<p>Irregular distribuição espacial dos centros de referência.</p> <p>Falta de padronização no fluxo de acesso e dispensação.</p> <p>Burocracia excessiva.</p> <p>Inexistência de manual único, dificultando a normatização nacional: divergências legislativa, disparidades regionais e interesses locais.</p> <p>Oferta de OPM de baixa tecnologia, resultando em baixa adesão.</p>	<p>Instituir um Manual Operativo único ou universal para todo o país, com espaço para diretrizes específicas em cada estado ou município, tendo em vista especificidades regionais.</p> <p>Definir as competências e atribuições de cada ponto em relação à equipe multidisciplinar da oficina ortopédica habilitada.</p> <p>Estabelecer prazos após o encaminhamento da solicitação para a concessão do dispositivo.</p> <p>Realizar acompanhamento psicológico, em programas de atividades físicas, reinserção social e laboral dos usuários após a dispensação do dispositivo.</p>

AB: Atenção Básica; CER: Centro Especializado em Reabilitação; FINEP: Financiadora de Estudos e Projetos; OMS: Organização Mundial de Saúde; OPM: Órteses, Próteses e meios auxiliares de locomoção; PcD: Pessoa com Deficiência; SUS: Sistema Único de Saúde; TA: Tecnologia Assistiva.
 Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Quadro 7 - Barreiras no acesso às OPM e análise crítica nos eixos: papel do Estado, expressões da questão social, direito e acesso e proposições de melhorias. Vitória, ES, 2025.

Categoria de análise	Unidades de sentido	Poder e Papel do Estado	Expressões da questão social	Direito e acesso á saúde	Proposições de melhorias
Burocracia e gestão pública	Fragmentação federativa, ausência de fluxo padronizado, má coordenação entre esferas do SUS, falhas de referenciamento.	Gestão fragmentada entre as esferas federativas, e ausência de planejamento estruturado, fragilidade na sistematização de registros	Desigualdade territorial, exclusão pelo tempo de espera e invisibilidade institucional.	Insegurança e descontinuidade no acesso às OPM, comprometendo a efetividade do direito à reabilitação.	Coordenação tripartite, oficinas de OPM descentralizadas e fluxos com prazos definidos para garantir continuidade do cuidado.
Capacitação e modelo biomédico	Defasagem na capacitação, predominância do modelo biomédico e ausência de especializações em TA, comprometendo avaliação, prescrição e acompanhamento.	Ausência de políticas de formação continuada e incentivo à especialização; manutenção de currículos centrados no modelo biomédico.	Invisibilização da subjetividade e da diversidade das PcD, reforço das desigualdades conforme a disponibilidade de profissionais capacitados.	Atendimento inadequado compromete a integralidade do cuidado.	Educação permanente e inclusão da TA na formação, capacitação multiprofissional com atribuições claras, fortalecimento da atenção básica e cooperação internacional.
Condições socioeconômicas e financiamento	Subfinanciamento do SUS e cortes orçamentários limitam a oferta de OPM, obrigando usuários a recorrer a recursos próprios ou instituições filantrópicas.	Estado omissivo na garantia de financiamento público sustentável e equitativo.	Acesso mediado pela classe social, exclusão dos mais pobres, que não conseguem financiar dispositivos por conta própria.	Comprometimento do direito constitucional à saúde. Direito à saúde condicionado à renda pessoal; violação do princípio da equidade.	Financiamento contínuo e equitativo do SUS, aplicação da LBI com crédito e redução de tributos, equidade regional via diagnóstico situacional.
Limitações estruturais e territoriais	Barreiras arquitetônicas, ausência de transporte adaptado e desigualdade territorial dificultam o acesso aos CER, gerando vazios assistenciais e	Falha na organização regionalizada da atenção e na universalização do acesso físico.	Exclusão social de pessoas em regiões periféricas e rurais.	Violação do princípio da equidade e restrição da universalidade do direito à reabilitação.	Descentralização dos CER, transporte adaptado e planejamento territorial equitativo.

	sobrecarga nos centros urbanos.				
Informação e comunicação	Falta de conhecimento sobre direitos, programas de financiamento e uso da OPM.	Falta de campanhas educativas e políticas de comunicação inclusiva.	Invisibilidade das pessoas com deficiência como sujeitos de direitos.	Acesso desinformado e inseguro, com baixa adesão às OPM e fragilidade na efetividade das políticas públicas.	Campanhas educativas, orientação prática ao usuário e canais de suporte contínuo.
Tecnologia e inovação desatualizadas	Lista de OPM desatualizada, ausência de inovação, baixa qualidade tecnológica das próteses.	Falta de políticas públicas eficazes para inovação e produção nacional em TA.	Manutenção do atraso tecnológico para PcD em comparação a outros grupos.	Direito ao acesso a tecnologias adequadas e seguras negligenciado.	Campanhas educativas, capacitação do usuário para o manuseio das OPM e criação de canais permanentes de suporte e informação.

CER: Centro Especializado em Reabilitação; LBI: Lei Brasileira de Inclusão; OPM: Órtese, prótese e Meios auxiliares de locomoção; PcD; Pessoa com Deficiência; SUS: Sistema Único de Saúde; Tecnologia Assistiva.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O Quadro 7 apresentado organiza e analisa as barreiras identificadas no processo de dispensação das OPM à luz de três dimensões fundamentais: o poder e papel do Estado, as expressões da questão social e o direito e acesso à saúde.

Esse arranjo permitiu visualizar tanto os entraves estruturais e políticos que limitam a efetividade do direito à reabilitação quanto os caminhos apontados para o seu fortalecimento. As barreiras estão relacionadas a aspectos amplamente difundidos em políticas públicas, como a gestão pública, a formação profissional, o financiamento e as condições estruturais. Porém, para além dessas barreiras, também emergem como desafios centrais a atualização tecnológica, a ausência de políticas de comunicação inclusivas e a fragilidade na orientação prática ao usuário – elementos que afetam diretamente a continuidade e a efetividade do cuidado.

No eixo do poder e papel do Estado, observa-se a recorrente ausência de planejamento, integração e financiamento adequados, revelando um sistema público de saúde que, apesar de constitucionalmente responsável pela garantia de direitos, atua de forma fragmentada e, muitas vezes, negligente. Já no campo das expressões da questão social, as barreiras materiais e simbólicas enfrentadas pelas PcD evidenciam a reprodução de desigualdades sociais históricas, atravessadas por condições socioeconômicas, regionais e culturais, que resultam na marginalização dessa população. Ao considerar o eixo do direito e acesso à saúde, constata-se a distância entre o reconhecimento legal de direitos e sua efetiva materialização, configurando um cenário de cidadania parcial, marcada por exclusões e acessos condicionados.

Por fim, os achados desta revisão permitiram identificar que as barreiras no acesso às OPM no SUS não se concentram em um único ponto do processo, mas se distribuem de forma sequencial e interdependente ao longo de todo o percurso de dispensação. O percurso percorrido pelo usuário no processo de dispensação das OPM no SUS é atravessado por obstáculos distribuídos de forma sequencial e interdependente, afetando desde a solicitação inicial até o acompanhamento do uso do dispositivo. Nesse sentido, foi possível organizar esse processo em seis etapas: solicitação, avaliação, autorização, produção, entrega e acompanhamento, cada uma marcada por entraves próprios que comprometem a integralidade e a resolutividade do cuidado.

Essa dinâmica é sintetizada na Figura 2, que apresenta o fluxo ideal de dispensação das OPM, articulado em seis fases, ao mesmo tempo em que evidencia

os principais pontos críticos observados em cada uma delas. A representação gráfica não apenas complementa os resultados da revisão, mas também reforça que a superação das barreiras identificadas exige mais do que ajustes pontuais: requer estratégias consistentes de gestão, financiamento e integração entre os níveis de atenção, capazes de garantir efetividade e continuidade no cuidado ofertado às pessoas com deficiência.

Figura 2 - Entre direitos e barreiras: o caminho do acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no SUS.



6 DISCUSSÃO

A presente revisão de escopo demonstrou que o acesso às OPM no SUS ainda é permeado por barreiras de natureza estrutural, organizacional e socioeconômica. Os entraves identificados abrangem desde a burocratização dos processos de solicitação e autorização até a insuficiência de profissionais capacitados, passando por falhas na articulação da RCPD e por restrições financeiras que comprometem a continuidade do cuidado. Somam-se a isso a influência de desigualdades regionais, barreiras arquitetônicas e a ausência de fluxos assistenciais bem definidos, que reforçam as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência no acesso a esses dispositivos.

Apesar dos avanços normativos e legais conquistados, a prática cotidiana evidencia limitações na efetivação dessas garantias. Assim, ressalta-se a necessidade de estratégias mais robustas de gestão, financiamento e integração entre os diferentes níveis de atenção, além da formulação de políticas públicas que incorporem, de maneira central, a perspectiva da pessoa com deficiência como protagonista do processo de reabilitação e inclusão social.

Assim, seguindo as categorias de análise previamente estabelecidas, esta discussão foi organizada de forma a evidenciar como as barreiras no acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no SUS se articulam em diferentes dimensões. Dessa forma, a discussão será conduzida à luz dessas categorias, permitindo analisar criticamente como cada eixo se expressa nos achados, ao mesmo tempo em que se apontam caminhos de aprimoramento das políticas públicas. Esse movimento possibilitou interpretar os resultados da revisão e oferecer subsídios práticos para a formulação de estratégias que promovam maior equidade, acessibilidade e efetividade no processo de dispensação das OPM.

6.1 PODER E PAPEL DO ESTADO

Sabe-se que o acesso às OPM no sistema de saúde público brasileiro está ancorado a um conjunto robusto de políticas, leis e normativas que se articulam desde o plano constitucional até regras operacionais de prescrição, fornecimento e financiamento. Desde a Constituição Federal de 1988, passando pela Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e pela Lei Brasileira de Inclusão,

há um reconhecimento formal da obrigação estatal em garantir acesso a esses dispositivos (Brasil, 1988, 2009, 2015). No âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estruturam os fluxos e serviços (Brasil, 2010, 2012).

Esse arcabouço político expressa a centralidade do direito à saúde e o avanço institucional do SUS na construção de políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência. Entretanto, os resultados da presente revisão demonstram que, apesar da densidade normativa, persistem barreiras que limitam a efetivação desse direito, com destaque para a burocracia excessiva e a gestão pública fragmentada, que constituíram uma das principais barreiras no acesso a essas tecnologias (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; Cossa *et al.*, 2017; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024; Parreira *et al.*, 2020; Silva Filho *et al.*, 2025; Toro-Hernández *et al.*, 2019).

A rigidez burocrática e a má coordenação dos serviços resultam em processos morosos, nos quais o usuário percorre múltiplas etapas administrativas até conseguir a liberação do dispositivo (D’Cunha *et al.*, 2022; Parreira *et al.*, 2020; Silva Filho *et al.*, 2025). A ausência de um manual operativo nacional que padronize fluxos de acesso e dispensação contribui para a heterogeneidade entre municípios e estados, comprometendo a continuidade do cuidado (D’Cunha *et al.*, 2022; Farias *et al.*, 2023; Miranda *et al.*, 2024; Silva Filho *et al.*, 2025). Embora o Ministério da Saúde disponha de documentos técnicos relevantes, como o Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de OPM e o manual de Confecção e Manutenção de OPM, tais instrumentos têm caráter orientativo e não constituem um manual operativo nacional vinculante (Brasil, 2013, 2019)

Para tentar reduzir esse impacto, alguns estados têm elaborado manuais próprios de orientação, buscando uniformizar procedimentos em nível local e reduzir as desigualdades regionais. Um exemplo é o Rio Grande do Sul, cuja Secretaria Estadual da Saúde desenvolveu o Manual Operativo para Dispensação e Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção. Esse documento define responsabilidades das equipes, descreve fluxos de acesso e dispensação, orienta a capacitação dos profissionais e estabelece diretrizes para a gestão estadual da política (Rio Grande do Sul, 2017).

Assis e Grácio (2021) destacam que a pactuação e a corresponsabilização são fundamentais para superar a fragmentação estrutural do sistema. Entretanto, a

histórica fragilidade da coordenação federativa no SUS resulta em dificuldade na articulação das responsabilidades e na geração de linhas de cuidado contínuas.

Enquanto o financiamento, muitas vezes, depende da União, a execução é responsabilidade dos estados e municípios, gerando lacunas de responsabilidade (Caro *et al.*, 2014; Domingues Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2023).

Em um estudo sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, os autores demonstraram que fragilidades na governança regional e arranjos interfederativos insuficientes ainda ocorrem nas mais diversas redes de cuidado, comprometendo sua efetivação, conforme também evidenciado na presente revisão acerca da RCPCD (Padilha *et al.*, 2018). Essa fragmentação reflete na falta de integração entre a Atenção Primária e a Especializada, tornando difícil a construção de linhas de cuidado contínuas. Um dos efeitos críticos dessa desarticulação é a dificuldade de encaminhamento, com relatos de usuários que, após avaliação em centros especializados, retornam aos seus municípios de origem sem acesso efetivo à OPM prescrita (Caro *et al.*, 2014; D’Cunha *et al.*, 2022).

Outro aspecto identificado é que a pauta das OPM permanece pouco discutida nas instâncias de governança intergestoras, o que reduz sua prioridade na agenda pública (Ferreira *et al.*, 2023). Essa ausência é visualizada nos próprios documentos oficiais da Comissão Intergestores Tripartite, cujas pautas dos anos recentes destacam temas como gerenciamento de leitos, vacinação e investimentos, sem menção a OPM (Conass, 2024). Como consequência, observa-se o longo tempo de espera para aquisição dos dispositivos, o que implica em perda de oportunidade terapêutica, uma vez que a reabilitação depende de intervenções oportunas para preservar ou recuperar a funcionalidade (Caro *et al.*, 2014; Farias *et al.*, 2023; Miranda *et al.*, 2024).

Embora alguns estudos tragam estimativas de tempo de espera para órteses mais simples, como o de Costa *et al.* (2023), que identificou média de 34 dias para entrega da órtese de polegar em crianças com paralisia cerebral, essa realidade não reflete o cenário de OPM de maior complexidade, como cadeiras de rodas e próteses de membros. Um estudo realizado em São Paulo identificou um tempo médio de 2 anos e meio para a obtenção do recurso. A escassez de investigações recentes que mensurem esses prazos em diferentes regiões e tipos de dispositivo constitui uma lacuna científica importante que limita o monitoramento e a avaliação da política pública (Caro *et al.*, 2014).

Do ponto de vista da informação e do monitoramento, destaca-se a ausência de registros sistematizados sobre a dispensação de OPM nos sistemas nacionais de informação em saúde, o que também dificulta o acompanhamento da política e a produção de dados confiáveis para subsidiar planejamento. Soma-se a isso a falta de continuidade e formalização das ações de fomento da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) voltadas à inovação em tecnologia assistiva, cuja desarticulação compromete tanto a gestão pública quanto a possibilidade de atualização tecnológica (Cossa *et al.*, 2017).

Além das barreiras relacionadas à gestão pública e à governança federativa, é preciso direcionar o olhar para outro conjunto de atores sociais decisivos no processo: os profissionais de saúde. As dificuldades não se restringem à burocracia ou à fragmentação das responsabilidades entre os entes governamentais, também se manifestam na prática cotidiana do cuidado, marcada por lacunas na formação, predomínio do modelo biomédico e ausência de capacitação continuada (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024).

A falta de capacitação profissional compromete a avaliação das necessidades dos usuários e a prescrição de OPM. Muitos profissionais atuam sem preparo específico em tecnologia assistiva, o que resulta em prescrições inadequadas, dispositivos pouco adaptados à realidade e reabilitação ineficaz. Essa lacuna formativa se reflete também na dificuldade para emissão de laudos técnicos, documento essencial para o fluxo de encaminhamento e autorização das OPM no SUS, prolongando prazos e contribuindo para a burocratização já discutida anteriormente (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; Cruz Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues Laplane, 2024; Medeiros *et al.*, 2024).

Os artigos ressaltam o atraso nacional na consolidação de formações especializadas em tecnologia assistiva, o que agrava as desigualdades regionais. A ausência de programas estruturados de residência multiprofissional e de pós-graduação com foco em TA gera profissionais com formações desiguais, concentradas em centros de excelência ou iniciativas pontuais (Bastos *et al.*, 2023). Nesse sentido, políticas de educação permanente devem ser implementadas, além da inclusão da temática nos currículos de graduação e de estímulo a experiências de cooperação internacional que ampliem o acesso a boas práticas e inovações na área (Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023).

Outro aspecto identificado é a ausência de treinamento e de acompanhamento multiprofissional após a entrega da OPM. Em muitos serviços, a concessão do dispositivo encerra o processo, sem o devido seguimento que possibilite ajustes, orientações de uso e apoio psicossocial (Bastos *et al.*, 2023; Cruz; Emmel, 2015). Essa barreira reduz a aceitação da tecnologia e limita a eficácia da reabilitação, além de gerar subutilização dos dispositivos e uso ineficiente dos recursos públicos, já que a falta de adaptação adequada muitas vezes leva ao descarte ou à não utilização das órteses (Missio; Queiroz, 2018).

Dentre os aspectos que dificultam a aceitação, destacam-se a percepção de que o equipamento é pesado, a presença de dificuldades no entendimento do uso e a ocorrência de lesões decorrentes da utilização. Esses elementos podem comprometer tanto o conforto quanto a segurança do usuário e poderiam ser minimizados com o acompanhamento multiprofissional adequado. Além disso, os pacientes também referem constrangimento no uso, evidenciando que fatores subjetivos e sociais influenciam a adesão (Missio; Queiroz, 2018). Dessa forma, entende-se que o acompanhamento profissional contínuo é determinante para o uso efetivo e duradouro das tecnologias assistivas (Lemos *et al.*, 2023).

A raiz desse problema pode ser associada ao predomínio do modelo biomédico tradicional na formação em saúde, centrado na prescrição e entrega de OPM como ato final, sem contemplar a complexidade subjetiva e social das pessoas com deficiência. Essa abordagem invisibiliza dimensões fundamentais, como autonomia, participação social e qualidade de vida, reduzindo a reabilitação a um ato técnico e fragmentado (D’Cunha *et al.*, 2022; Medeiros *et al.*, 2024). Ao não integrar a perspectiva biopsicossocial, já consolidada internacionalmente pela CIF/OMS, o SUS mantém práticas que pouco dialogam com as reais necessidades dos usuários e com o princípio fundamental da integralidade (OMS, 2003).

Considerando que o Estado não é um ente neutro, mas um espaço de disputa e de projetos societários e que as políticas sociais se configuram como respostas à questão social, a fragmentação federativa e a ausência de fluxos bem definidos não são apenas falhas técnicas, mas a forma como o Estado se organiza e distribui recursos (Iamamoto, 2008). Porém, o Estado moderno atua de forma contraditória: ao mesmo tempo em que reconhece direitos sociais também se submete às pressões do capitalismo, tornando o direito à saúde vulnerável e condicionado à realidade econômica (Netto, 2001).

Dessa forma, a má coordenação e a descontinuidade no fornecimento de OPM expressam os limites da proteção social no Brasil, reforçando a centralidade da luta política e social na consolidação de um Estado comprometido com a universalidade e a integralidade das políticas públicas.

6.2 EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL

As fragilidades discutidas anteriormente não são os únicos obstáculos ao acesso às OPM. Elas se revelam ainda mais graves quando observadas no contexto das condições socioeconômicas, do financiamento público e da desigualdade territorial – dimensões que moldam a capacidade do SUS de garantir o direito à reabilitação. O subfinanciamento do SUS é histórico, porém os cortes orçamentários governamentais em ciência e tecnologia dos últimos anos fragilizam ainda mais a capacidade de inovação e a sustentabilidade das ações, levando a uma oferta limitada de dispositivos e tornando o acesso desigual entre regiões (Domingues; Laplane, 2024; Funcia, 2019).

Como consequência, muitos usuários acabam sendo obrigados a recorrer a instituições filantrópicas ou ao financiamento próprio para obter o recurso necessário. Tal realidade contraria o princípio da universalidade do SUS e evidencia que o direito constitucional à saúde se encontra condicionado à renda individual (Caro *et al.*, 2014). Esse cenário aprofunda as disparidades socioeconômicas regionais, já que a disponibilidade de recursos e de serviços especializados se concentra em áreas mais ricas e urbanizadas, enquanto populações em situação de maior vulnerabilidade permanecem à margem da política pública.

Um estudo que objetivou analisar a distribuição geográfica e profissional dos serviços e profissionais da RCPD destacou que quase 80% dos serviços de manutenção de OPM eram de predomínio do setor privado e filantrópico, evidenciando a dependência do SUS em relação a atores não estatais (Santos; Friche; Lemos, 2021). A própria Portaria nº 793/2012, que institui a RCPD, reconhece formalmente a importância da parceria estratégica na concessão e no acompanhamento de OPM. Entretanto, essa dependência revela a fragilidade da política, uma vez que o acesso passa a depender da capacidade financeira e organizacional dessas entidades, o que gera modelos desiguais e fragmentados de atenção (Brasil, 2012; Santos; Friche; Lemos, 2021).

Uma análise dos critérios que moldam a alocação de recursos federais no SUS revelou que avanços técnicos, como a redução das desigualdades na distribuição *per capita* de recursos para ações de média e alta complexidade nos estados do Norte e Nordeste, convivem com práticas politicamente motivadas (Carvalho, 2021). Fatores como vínculos partidários ou alinhamentos políticos têm peso decisivo na direção dos recursos, muitas vezes se sobrepondo aos critérios técnicos. Esses resultados reforçam a vulnerabilidade da política de OPM à influência política e à falta de implementação transparente dos critérios equitativos previstos no SUS, contribuindo para a concentração de serviços especializados em regiões mais favorecidas (Carvalho, 2021).

Outro aspecto recorrente é a localização concentrada dos CER em áreas urbanas e centrais, o que gera vazios assistenciais em regiões periféricas e rurais (Miranda *et al.*, 2024; Silva Filho *et al.*, 2025; Toro-Hernández *et al.*, 2017). Essa distribuição desigual acarreta sobrecarga dos serviços nos grandes centros e dificulta a continuidade do cuidado, já que o tempo e os recursos gastos para alcançar o serviço tornam o acesso mais difícil e, em muitos casos, inviável. Como consequência, o direito constitucional à saúde e os princípios de universalidade e equidade do SUS são comprometidos, uma vez que a política de OPM não se concretiza de forma homogênea em todo o território nacional (Santos; Friche; Lemos, 2021).

O estudo dos Sixel *et al.* (2024), ao analisar a distribuição espacial e temporal de profissionais de reabilitação, evidenciou profunda desigualdade regional. Apesar do crescimento da força de trabalho em todas as regiões, as maiores densidades concentram-se nas áreas mais desenvolvidas, como o Sul e o Sudeste, enquanto regiões do Norte e Centro-Oeste permanecem com índices próximos aos de países de baixa renda. Esses cenários ajudam a explicar por que o acesso ao dispositivo continua condicionado ao território e ao poder aquisitivo.

As barreiras arquitetônicas, urbanísticas e a ausência de transporte público adaptado configuram um obstáculo que resulta da junção entre desigualdades socioeconômicas e limitações territoriais. De um lado, a concentração dos CER em áreas urbanas centrais exige longos deslocamentos, o que representa um entrave territorial, de outro, a necessidade de arcar com custos de transporte adaptado ou particular recai sobre famílias que já se encontram em situação de vulnerabilidade econômica (Caro *et al.*, 2014; D’Cunha *et al.*, 2022; Farias *et al.*, 2023).

Dessa forma, o acesso às OPM, assim como o acesso à reabilitação física no geral, não é apenas uma questão de localização geográfica, mas também de capacidade financeira para superar essa distância, reforçando um ciclo de exclusão no qual os mais pobres, residentes em áreas periféricas ou rurais, enfrentam as maiores barreiras para exercer o direito constitucional à reabilitação (Clemente *et al.*, 2022; Santos; Friche; Lemos, 2021).

Assim, a dificuldade de acesso às OPM deve ser compreendida como uma das múltiplas expressões da questão social. Para Netto (2001), a questão social é o conjunto das desigualdades engendradas pela sociabilidade capitalista, que se manifestam na vida cotidiana por meio de situações de privação, pobreza e negação de direitos. Assim, quando pessoas com deficiência enfrentam barreiras para acessar dispositivos essenciais à sua reabilitação, estamos diante de uma materialização concreta dessas desigualdades.

Yazbek (2012) reforça que as expressões da questão social se manifestam de forma diferenciada em grupos específicos, revelando desigualdades que são históricas e estruturais. No caso das pessoas com deficiência, a exclusão social é agravada não apenas pela condição física, mas também pelas barreiras institucionais e sociais que limitam sua participação plena na sociedade.

Nesse cenário, as políticas sociais não eliminam a questão social, mas apenas a administram. A permanência das barreiras evidencia os limites estruturais das políticas de reabilitação e a necessidade de ações intersetoriais que enfrentem as desigualdades em sua origem. As disparidades territoriais e socioeconômicas, ao mesmo tempo em que expressam a questão social, também revelam a distância entre os direitos garantidos em lei e o acesso efetivo no SUS, tornando o eixo “direito e acesso” fundamental para compreender tais contradições.

6.3 DIREITO E ACESSO À SAÚDE

Embora a legislação brasileira seja uma das mais avançadas no campo da proteção das pessoas com deficiência, os resultados demonstram que o acesso efetivo às OPM ainda está longe de se consolidar como direito universal. O direito constitucional à saúde e à reabilitação torna-se condicionado à renda, ao território e à disponibilidade de serviços especializados, configurando violações do princípio da

equidade. Isso mostra que, na prática, há uma distância significativa entre o que está previsto em normas, como a LBI, e a realidade vivida pelos usuários do SUS

A literatura indica que déficits de informação e de comunicação acessível também são determinantes para o acesso efetivo às OPM. Os usuários, muitas vezes, desconhecem direitos, fluxos de obtenção, manutenção e critérios de elegibilidade e não recebem orientação adequada após a entrega do dispositivo (Bastos *et al.*, 2023; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022; Parreira *et al.*, 2020). Esse cenário está associado à baixa aceitação e ao abandono das tecnologias assistivas, especialmente quando faltam treinamento e suporte contínuo (Bastos *et al.*, 2023; Cruz; Emmel, 2015).

A LBI determina o direito à informação e à comunicação em formatos acessíveis, enquanto a RCPD prevê a organização de cuidados e a qualificação do acesso às OPM (Brasil, 2012, 2015). Porém, há lacunas de implementação que mantêm os usuários desinformados ou sem suporte. Estratégias de educação popular em saúde e de letramento em saúde devem ser incorporadas à linha de cuidado, com materiais acessíveis, orientação estruturada no ato da concessão e canais de suporte (Farias *et al.*, 2023; Farias *et al.*, 2024).

A atenção básica tem um papel estratégico na superação dessas barreiras, por se configurar como porta de entrada preferencial do SUS e responsável pela longitudinalidade do cuidado. Campos *et al.* (2023) destacam que a relevância da atenção básica para a política de reabilitação é mais do que realizar encaminhamentos, pois também é responsável pela identificação precoce das necessidades, prevenção e continuidade do cuidado em reabilitação, atuando como pilar territorial e longitudinal. Isso reforça seu papel central na superação das lacunas informacionais e na adequação dos fluxos comunicativos relacionados às OPM.

A última barreira mapeada pelos estudos analisados evidenciou que a defasagem tecnológica das OPM no âmbito do SUS também constitui um entrave à efetivação do direito a essas tecnologias. A lista nacional de OPM permanece desatualizada, com dispositivos que muitas vezes não acompanham os avanços científicos e tecnológicos recentes, restringindo os usuários a recursos básicos, menos duráveis e menos adaptados às suas necessidades funcionais (Domingues; Laplane, 2024; Silva Filho *et al.*, 2025).

Essa situação gera um descompasso entre a oferta pública e o desenvolvimento tecnológico mundial, mantendo pessoas com deficiência em

condições de desvantagem frente a outros grupos sociais que conseguem adquirir dispositivos mais modernos no setor privado. O problema é intensificado pela falta de políticas consistentes de inovação e produção nacional em tecnologia assistiva, o que aumenta a dependência de importações e eleva os custos, comprometendo a sustentabilidade da política de reabilitação (Domingues; Laplane, 2024).

Há uma conexão direta dessa barreira com as demais limitações analisadas. O subfinanciamento histórico do SUS, por exemplo, limita investimentos em pesquisa e incorporação tecnológica, enquanto a dependência das instituições filantrópicas para a concessão de OPM reforça modelos de atenção fragmentados e com pouca capacidade de inovação. Além disso, a ausência de dispositivos atualizados e de processos ágeis de avaliação tecnológica reforça desigualdades, já que o acesso a tecnologias de ponta fica restrito a quem dispõe de maior poder aquisitivo. Como consequência, o direito assegurado pelas normativas já discutidas permanece parcialmente negligenciado (Caro *et al.*, 2014; Toro-Hernandez *et al.*, 2019).

Todas essas barreiras se distribuem ao longo do processo de concessão das OPM. A trajetória que deveria garantir o acesso universal aos dispositivos de reabilitação acaba se fragmentando em diferentes etapas, cada uma marcada por obstáculos específicos. Assim, os problemas de financiamento, de gestão e de comunicação não aparecem de forma isolada, mas se somam, produzindo um ciclo de dificuldades que compromete a efetividade da política pública e a realização plena do direito à reabilitação.

Na fase de solicitação, destacam-se as barreiras relacionadas ao desconhecimento dos direitos e das políticas de concessão, associado à falta de profissionais qualificados para orientar e conduzir o processo (Bastos *et al.*, 2023; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022). Reforça-se a ideia de que o acesso inicial já se torna limitado quando a própria porta de entrada não dispõe de atendimento de qualidade. Na etapa de avaliação, observa-se a persistência da baixa qualificação dos profissionais e a predominância de um modelo biomédico, sem considerar a singularidade das necessidades funcionais dos usuários. Consequentemente, aumenta-se o risco de subutilização ou abandono (Caro *et al.*, 2014; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024).

O momento da autorização aparece como um dos problemas mais críticos. A burocracia rigorosa, a ausência de fluxos padronizados e as divergências entre normativas estaduais e federais tornam o processo lento e desigual. A inexistência de

um manual operativo nacional vinculante e a lista nacional de OPM desatualizada dificultam ainda mais essa etapa (Cossa *et al.*, 2017; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Parreira *et al.*, 2020; Silva Filho *et al.*, 2025). Já na fase de produção, os desafios assumem caráter estrutural e financeiro, como a insuficiência de oficinas ortopédicas e dispositivos de baixa tecnologia. Os cortes orçamentários em ciência e tecnologia nos últimos anos e o subfinanciamento crônico da saúde agravam a baixa eficiência da gestão de recursos, obrigando usuários a buscar alternativas privadas ou filantrópicas (Cossa *et al.*, 2017; D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Parreira *et al.*, 2020; Silva Filho *et al.*, 2025).

No momento da entrega, a literatura aponta para longos tempos de espera, encaminhamentos para centros distantes e barreiras logísticas de deslocamento (Caro *et al.*, 2014; Farias *et al.*, 2023; Miranda *et al.*, 2024). Por fim, a etapa de acompanhamento mostrou-se uma das mais fragilizadas, sendo inexistente em algumas situações. Ela engloba a ausência de reavaliações, de suporte multiprofissional e de canais de manutenção, levando ao abandono das OPM por dificuldades de adaptação. Essa descontinuidade rompe a longitudinalidade do cuidado, restringindo a efetividade terapêutica e levando ao uso ineficiente dos recursos públicos, uma vez que dispositivos são concedidos, mas não utilizados de forma plena (Bastos *et al.*, 2023; Cruz; Emmel, 2015; Farias *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024; Miranda *et al.*, 2024).

O processo de aquisição das OPM deve ser compreendido como parte de uma linha de cuidado que atravessa os diferentes pontos da RCPD, desde a identificação da necessidade na atenção básica até o acompanhamento especializado nos CER. Essa rede foi concebida para integrar etapas e superar a fragmentação histórica, garantindo que a pessoa com deficiência não encontre barreiras em nenhuma fase do percurso (Ribeiro; Medeiros; Silva, 2022). No entanto, quando o processo se mostra repleto de entraves burocráticos, fluxos desarticulados e falhas na continuidade do acompanhamento, constitui-se um indicativo de que a rede não está cumprindo adequadamente sua função de articulação e integralidade.

As barreiras identificadas em cada fase da concessão tornam-se, portanto, sinais de ineficiência da RCPD, já que revelam a dificuldade de transformar diretrizes normativas em práticas efetivas. A rede que deveria garantir cuidado integral, oportuno e equitativo acaba reproduzindo desigualdades e limitando a efetividade das políticas públicas, o que reforça a urgência de se repensar estratégias de governança,

financiamento e inovação tecnológica para que a RCPD cumpra seu papel estruturante na atenção à pessoa com deficiência (Mota; Bousquat, 2023; Ribeiro; Medeiros; Silva, 2022).

Desse modo, embora o marco legal brasileiro voltado às pessoas com deficiência seja amplamente reconhecido como avançado, a análise crítica evidencia que o direito formal não se concretiza em acesso universal e efetivo. Sob a ótica do Serviço Social, o direito não deve ser compreendido apenas como norma jurídica, mas como conquista histórica e resultado de lutas sociais (Iamamoto, 2008). Netto (2011) lembra que a disputa por direitos sociais é permanentemente tensionada pelas exigências de acumulação do capital, o que explica por que legislações robustas, como a LBI, enfrentam obstáculos em sua implementação.

Portanto, ao discutir o direito e acesso à saúde, é fundamental reconhecer que os direitos sociais no Brasil são historicamente seletivos e desiguais, refletindo a lógica de um Estado que garante parcialmente a proteção social. Como apontam Yazbek (2012) e Behring e Boschetti (2008), a efetivação dos direitos exige não apenas políticas bem formuladas, mas também vontade política, recursos financeiros e mobilização social. Os resultados desta revisão reiteram esse diagnóstico, ao evidenciar que o acesso às OPM permanece restrito e desigual, mesmo diante de um amplo arcabouço legal.

6.4 PROPOSIÇÕES DE MELHORIAS

Quanto às proposições de melhorias, evidenciaram-se caminhos possíveis para a superação das barreiras identificadas. Entre eles, destacam-se a descentralização das oficinas ortopédicas, a ampliação da rede de Centros Especializados em Reabilitação, a capacitação multiprofissional contínua e o fortalecimento da atenção básica como porta de entrada qualificada. Ademais, a atualização tecnológica e a ampliação do financiamento público são fundamentais para garantir dispositivos de qualidade e em tempo oportuno. Esses elementos dialogam diretamente com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, sendo indispensáveis para que o processo de dispensação de OPM seja efetivo e sustentável.

Assim, as proposições de melhorias identificadas na literatura apontam caminhos concretos para enfrentar as barreiras que limitam o acesso às OPM no SUS.

Uma das principais estratégias refere-se à necessidade de fortalecimento da coordenação federativa e da gestão tripartite, com definição de fluxos claros, prazos de dispensação e descentralização das oficinas de OPM, de modo a garantir continuidade no cuidado e reduzir desigualdades territoriais (D’Cunha *et al.*, 2022; Domingues; Laplane, 2024; Farias *et al.*, 2025; Ferreira *et al.*, 2023; Silva Filho *et al.*, 2025). Essa perspectiva retoma o princípio da integralidade do SUS, ao reconhecer que falhas em um ponto do processo comprometem toda a linha de cuidado da pessoa com deficiência.

Com relação às desigualdades territoriais, Caro *et al* (2014) propõem enfrentar esse cenário por meio da revisão e atualização das tabelas de dispositivos, da garantia de acompanhamento local e do fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços responsáveis, de modo a reduzir a dependência de centros de referência distantes. Já o estudo de Toro-Hernández *et al.* (2019) destaca que a redução das desigualdades territoriais requer a oferta de treinamentos específicos e a coordenação eficaz entre os diferentes atores envolvidos na aquisição e dispensação das OPM, ampliando a capilaridade da rede e evitando que a expertise permaneça concentrada apenas nos grandes centros urbanos.

Complementando essas perspectivas, Medeiros *et al* (2024) defendem a adoção de critérios demográficos para expansão da cobertura, priorizando regiões historicamente desassistidas. Essas ações dialogam diretamente com a noção de questão social trabalhada por Yazbek (2012), que enfatiza que a exclusão de populações periféricas ou rurais reflete as desigualdades históricas e estruturais do país. Garantir acesso físico e territorializado é, portanto, condição indispensável para efetivar a universalidade do direito à reabilitação.

Outro aspecto central diz respeito à formação e capacitação de profissionais, superando a hegemonia do modelo biomédico e incorporando a TA como eixo estruturante da atenção. A educação permanente, a inclusão de conteúdos de TA nos currículos de graduação e a capacitação multiprofissional com atribuições claras são medidas fundamentais para ampliar a qualidade da avaliação, da prescrição e do acompanhamento (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; D’Cunha *et al.*, 2022; Farias *et al.*, 2023; Madeiros *et al.*, 2024). Como lembra Iamamoto (2008), políticas sociais efetivas dependem também da valorização do trabalho profissional e do reconhecimento de sua dimensão educativa, de modo a garantir respostas mais integrais às demandas sociais.

Muitas vezes, a ausência de qualificação específica leva à subutilização ou mesmo à não indicação de recursos que poderiam melhorar significativamente a funcionalidade e a autonomia das pessoas com deficiência. Para enfrentar essa barreira, defende-se a necessidade de investir em capacitação multiprofissional na atenção básica, uma vez que esse nível de atenção é porta de entrada do SUS e desempenha papel estratégico na identificação precoce de usuários que se beneficiariam da tecnologia assistiva (Cruz; Emmel, 2015). Propõe-se que a atenção básica atue não apenas como encaminhadora de casos para serviços especializados, mas como espaço ativo de promoção do acesso, ampliando a resolutividade e fortalecendo a integralidade do cuidado.

No campo do financiamento, a revisão evidenciou que o subfinanciamento do SUS é um dos principais fatores que condicionam o acesso às OPM, obrigando usuários a recorrer a recursos próprios ou instituições filantrópicas. Nesse sentido, propõe-se a ampliação e a continuidade do financiamento público de forma equitativa, associada à aplicação plena da Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015), com medidas de incentivo fiscal e crédito para aquisição de dispositivos. Tal proposição reforça o princípio da equidade, buscando reduzir as disparidades regionais e socioeconômicas que marcam o acesso (Cruz; Emmel, 2015; Farias *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024; Parreira *et al.*, 2020).

Outro eixo fundamental refere-se ao acesso à informação e à comunicação. Investir em estratégias de comunicação inclusiva, com intérpretes de Libras, materiais em braile, tecnologias digitais acessíveis e suporte permanente pode ampliar significativamente a adesão e a autonomia das pessoas com deficiência (Bastos *et al.*, 2023; Caro *et al.*, 2014; Cruz; Emmel, 2015; D’Cunha *et al.*, 2022). O infográfico produzido nesta dissertação aproxima-se das proposições de Caro *et al.* (2014), que defendem o empoderamento da população para reivindicar direitos e a elaboração de instrumentos capazes de avaliar tanto a qualidade de vida dos usuários quanto o próprio sistema de oferta de OPM. Ao traduzir de forma visual e acessível as barreiras presentes em cada etapa do processo, o infográfico favorece o controle social, oferecendo subsídios para que usuários e movimentos sociais reconheçam e reivindiquem seus direitos, e atua como ferramenta de monitoramento da política pública, permitindo que gestores identifiquem fragilidades e repensem estratégias de organização da rede.

Além disso, destaca-se a necessidade de atualização tecnológica e inovação, com a incorporação de tecnologias de ponta, associadas a programas de capacitação do usuário para o manuseio adequado dos dispositivos. Observa-se a importância da articulação entre políticas de ciência, tecnologia e inovação e as políticas sociais, superando o atraso tecnológico e reduzindo a dependência de importações (Bastos *et al.*, 2023; Medeiros *et al.*, 2024; Parreira *et al.*, 2020). Para enfrentar esse atraso tecnológico, os autores propõem a implementação de medidas que estimulem não apenas a oferta e demanda internas, mas também o desenvolvimento nacional de produtos assistivos, reduzindo a dependência de importações e fortalecendo a autonomia produtiva do país (Domingues; Laplane, 2024).

A fragilidade do papel do Estado repercute na reprodução das expressões da questão social que intensificam desigualdades no exercício do direito de acesso, e somente a incorporação de proposições de melhorias poderá reverter esse ciclo. A análise revelou que superar as barreiras identificadas exige mais do que ajustes pontuais, demandando uma ação integrada entre gestão, financiamento, formação profissional, infraestrutura e inovação. É necessário um pacto social e político que fortaleça o SUS e reconheça a centralidade da pessoa com deficiência como sujeito de direitos. Dessa forma, as estratégias sugeridas devem ser compreendidas como parte de um projeto maior de construção da cidadania e de enfrentamento das desigualdades que estruturam a sociedade brasileira (Iamamoto, 2008; Yazbek, 2012).

6.5 DO CONHECIMENTO À AÇÃO: O INFOGRÁFICO COMO FERRAMENTA PARA GESTORES E USUÁRIOS

Conforme demonstrado por Dorneles *et al.* (2020), o infográfico atua como tecnologia educativa, ao tornar visíveis e inteligíveis informações complexas para públicos diversos, facilitando a apropriação do conhecimento sem causar sobrecarga cognitiva. Ao organizar de forma sequencial e integrada as etapas de solicitação, avaliação, autorização, produção, entrega e acompanhamento, o infográfico também se projeta como ferramenta de gestão, ao sintetizar em linguagem visual os achados do processo de dispensação de OPM no SUS, oferecendo subsídios visuais que potencializam a ação e a tomada de decisão.

O percurso de aquisição das OPM deveria configurar um fluxo contínuo de cuidado, como preconiza a RCPD, porém, devido a todas as limitações presentes nesse processo, transformou-se em um ciclo de barreiras sucessivas (Brasil, 2012). Cada etapa introduz novos obstáculos, que se somam e se reforçam, produzindo um processo fragmentado e pouco resolutivo.

As falhas de coordenação e fragmentação entre as esferas federativas repercutem em todo o processo de dispensação, reforçando a ideia de que as políticas sociais constituem respostas parciais e contraditórias às expressões da questão social (Iamamoto, 2008; Netto, 2001). É possível perceber também que as desigualdades territoriais, socioeconômicas e institucionais se materializam no cotidiano das pessoas com deficiência. Essa visualização contribui para explicitar que as barreiras de acesso refletem a reprodução das desigualdades próprias da sociedade capitalista (Behring; Boschetti, 2011; Yazbek, 2012).

Além disso, o infográfico reforça a distância entre as garantias legais e sua efetividade concreta. Como ressalta Iamamoto (2007), os direitos sociais não devem ser compreendidos apenas em sua dimensão normativa, mas como resultado de lutas sociais atravessadas pelas contradições do capital. Ao explicitar os entraves presentes em cada etapa do processo, a ferramenta evidencia de forma didática a contradição entre o direito formal e sua realização material.

Por fim, o caráter propositivo do infográfico constitui dimensão essencial da contribuição desta dissertação. Ao organizar os resultados em um formato visual e acessível, projeta-se como ferramenta estratégica para o futuro, com potencial de apoiar gestores, fortalecer o controle social e subsidiar movimentos da sociedade civil. Sua função ultrapassa a simples síntese dos achados, configurando-se como instrumento de transformação do conhecimento em ação, ao aproximar a produção acadêmica das práticas de gestão e de cuidado no âmbito do SUS.

6.6 DA REVISÃO DE ESCOPO À REALIDADE CAPIXABA: A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM TECNOLOGIA ASSISTIVA NO ESPÍRITO SANTO

À luz dos achados da revisão de escopo, que evidenciou a centralidade das órteses e próteses como componentes estratégicos das políticas de reabilitação e de atenção integral à saúde, torna-se fundamental contextualizar essas evidências no território em que a pesquisa se insere. Considerando o compromisso institucional do

Mestrado com a realidade local e com a produção de conhecimento socialmente referenciado, este tópico busca articular as evidências sintetizadas na literatura com a organização concreta da política de órteses e próteses no estado do Espírito Santo, evidenciando como os marcos normativos nacionais se materializam no âmbito do SUS em nível estadual (Brasil, 2010, 2012).

No Espírito Santo, a oferta de OPM está estruturada a partir das diretrizes nacionais do SUS, particularmente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Essas diretrizes são operacionalizadas no território capixaba por meio de protocolos estaduais, instrumentos de pactuação interfederativa e pela atuação dos Centros Especializados em Reabilitação, que desempenham papel central na avaliação, prescrição, adaptação e acompanhamento do uso dessas tecnologias assistivas. Tal organização reafirma o caráter regionalizado e hierarquizado da política, articulando a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada e os serviços de reabilitação (Brasil, 2012, 2014; Espírito Santo, 2023).

O fluxo de acesso às órteses e próteses no SUS capixaba, de modo geral, inicia-se na Atenção Primária à Saúde, onde se identifica a necessidade a partir de avaliação clínica e funcional, com posterior encaminhamento aos serviços especializados, quando indicado. A prescrição deve ser fundamentada em critérios técnicos e éticos, acompanhada de justificativa clínica e registrada nos sistemas oficiais do SUS, em consonância com as tabelas vigentes e com os protocolos assistenciais. A gestão estadual e municipal, conforme a pactuação regional, é responsável pela autorização, aquisição e dispensação dos dispositivos, observando critérios de rastreabilidade, controle sanitário e conformidade regulatória, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2020; Brasil, 2014).

O acompanhamento pós-dispensação constitui etapa essencial do cuidado, assegurando a adequação funcional do dispositivo, a continuidade da atenção e a reavaliação periódica das necessidades do usuário. Essa lógica está alinhada ao princípio da integralidade do cuidado e ao entendimento da reabilitação como processo contínuo, e não como ação pontual, conforme reiterado nas normativas nacionais e na literatura do campo da saúde coletiva e das políticas públicas (Brasil, 2010; Mendes, 2011).

Embora o arcabouço normativo e os fluxos assistenciais estejam formalmente instituídos, a realidade capixaba também revela desafios recorrentes, como a capacidade instalada limitada de alguns serviços, o tempo de espera para concessão de órteses e próteses e a necessidade de constante atualização tecnológica. Esses elementos, já apontados de forma difusa na literatura analisada pela revisão de escopo, assumem contornos concretos no território e evidenciam tensões entre a normatização das políticas públicas e sua efetiva implementação, especialmente em contextos de restrição orçamentária e de desigualdades regionais (Behring; Boschetti, 2011; Draibe, 2007). Nesse cenário, a judicialização do acesso emerge como expressão dessas lacunas, reafirmando a importância do planejamento, da gestão qualificada e do fortalecimento da rede de cuidados (Ventura *et al.*, 2010).

Do ponto de vista propositivo, os achados desta revisão, articulados à realidade do Espírito Santo, reforçam a necessidade de integração mais estreita entre pesquisa, gestão e formação profissional. A produção de evidências científicas, como a sistematizada neste estudo, deve subsidiar processos decisórios na gestão estadual e municipal, contribuindo para o aprimoramento dos fluxos assistenciais, a definição de prioridades e a alocação mais equitativa de recursos (Mendes, 2011; Paim, 2008). Paralelamente, os programas de pós-graduação, especialmente aqueles com inserção territorial definida, como o Mestrado ao qual esta dissertação se vincula, assumem papel estratégico na formação de profissionais críticos e qualificados para atuar na formulação, implementação e avaliação das políticas de órteses e próteses. Ao articular conhecimento científico, gestão pública e formação acadêmica, cria-se um ambiente favorável ao fortalecimento da política de reabilitação no Espírito Santo, ampliando o acesso, a qualidade do cuidado e o impacto social das ações no âmbito do SUS (Paim *et al.*, 2011).

A experiência cotidiana no atendimento às pessoas com deficiência no Espírito Santo permite observar que essas tensões entre normatização e implementação não se expressam apenas em indicadores de gestão, mas atravessam diretamente a vida dos usuários. Na prática assistencial, é recorrente deparar-se com fragilidades que se iniciam no encaminhamento inadequado pela Atenção Primária, muitas vezes sem avaliação funcional detalhada ou com informações clínicas insuficientes, repercutindo em prescrições incompletas ou incompatíveis com as reais necessidades do usuário. Somam-se a isso o tempo prolongado de espera entre a solicitação e a dispensação do dispositivo – período em que a pessoa permanece com mobilidade reduzida, dor,

risco de deformidades ou dependência ampliada de terceiros. Após a entrega, a ausência de fluxos ágeis para manutenção, ajustes e substituição das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção frequentemente compromete a funcionalidade conquistada, interrompendo processos de reabilitação e gerando descontinuidade do cuidado. Tais barreiras impactam diretamente as atividades de vida diária, restringem a participação social, dificultam o acesso ao trabalho e à educação e reforçam processos de exclusão já vivenciados por esse público. Assim, a realidade observada no território capixaba evidencia que o acesso às OPM não se limita à disponibilização do dispositivo, mas envolve a efetiva garantia de um percurso assistencial contínuo, oportuno e integral, condição indispensável para a promoção da autonomia e do desenvolvimento local inclusivo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo possibilitou mapear e compreender as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência física no acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no âmbito do SUS. As evidências apontam que esses entraves ultrapassam o campo técnico e administrativo, revelando problemas estruturais que atravessam as políticas sociais brasileiras. As falhas de coordenação entre os níveis de governo, o subfinanciamento histórico, as desigualdades territoriais e as barreiras físicas e comunicacionais resultam em um processo de dispensação fragmentado, que compromete a integralidade do cuidado e enfraquece a efetividade das políticas públicas.

No cotidiano do serviço, usuários e famílias estão cheios de dúvidas sobre qual recurso é mais adequado, como usar, como conservar e quais são os limites e possibilidades daquele equipamento no contexto da vida diária. Muitas vezes, o que chega pelo SUS não corresponde à necessidade funcional do paciente, seja pela qualidade do produto, seja pela inadequação ao seu contexto de uso, o que exige um esforço redobrado de orientação e adaptação por parte da equipe. Além disso, os longos tempos de espera para avaliação, concessão e troca das OPM produzem frustração, piora de quadros funcionais e, não raro, um sentimento de abandono em relação às políticas públicas. Essa vivência prática foi um dos elementos que mais me mobilizaram a desenvolver esta pesquisa, na tentativa de compreender, de forma mais sistematizada, como essas barreiras se estruturam e de que maneira as políticas podem ser aprimoradas para garantir um acesso mais oportuno, qualificado e alinhado às reais necessidades das pessoas com deficiência.

Foi possível identificar que as barreiras no acesso às OPM percorrem todas as etapas do processo: desde a indicação clínica e o encaminhamento até a entrega, adaptação e acompanhamento do dispositivo. A literatura aponta problemas de burocracia e gestão pública, ausência de fluxos padronizados, falhas de coordenação entre os níveis de atenção e entre as esferas de governo, defasagem na formação e capacitação das equipes, bem como insuficiência de oficinas e serviços especializados distribuídos de forma equitativa pelo território nacional. Além das condições socioeconômicas dos usuários, a falta de informação e de orientação sobre direitos, tempos de espera prolongados e a descontinuidade na manutenção e

substituição de dispositivos, compondo um quadro que fragiliza a integralidade da reabilitação e expõe a pessoa com deficiência à invisibilidade institucional.

A síntese dos estudos também permitiu descrever um conjunto de proposições voltadas à melhoria do acesso que se organizam em diferentes frentes: fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com ampliação e descentralização de serviços de dispensação de OPM; definição de fluxos assistenciais com prazos e responsabilidades claras entre os entes federativos; financiamento contínuo e equitativo, articulado a instrumentos como o Plano Nacional de Tecnologia Assistiva; inclusão da tecnologia assistiva na formação de graduação e em processos de educação permanente; aprimoramento dos sistemas de informação; participação social qualificada e fortalecimento dos mecanismos de controle social. Essas proposições indicam que superar as barreiras identificadas exige mais do que ajustes pontuais, demandando um pacto político e institucional comprometido com a redução de desigualdades e com a centralidade da pessoa com deficiência como sujeito de direitos.

Ao relacionar os achados às categorias, fica evidente que o acesso às OPM reflete as disputas e tensões em torno da concretização dos direitos sociais. Apesar de o Brasil contar com um denso arcabouço legal, desde a Constituição de 1988 até a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão, a implementação dessas políticas ainda ocorre de forma desigual, revelando que o reconhecimento legal dos direitos nem sempre se traduz em práticas de garantia concretas.

Além de reunir e sistematizar evidências, esta revisão também resultou na elaboração de um infográfico como ferramenta educativa e de gestão. O material busca traduzir o conhecimento em ação, oferecendo suporte para gestores, profissionais e usuários, fortalecendo o controle social. A representação visual das etapas e barreiras do processo de concessão das OPM contribui para orientar decisões, apoiar o planejamento e impulsionar políticas mais equitativas e inclusivas no campo da reabilitação.

As lacunas identificadas na literatura indicam a necessidade de novos estudos que aprofundem a análise dos determinantes sociais, documentem experiências governamentais e individuais de superação de barreiras e explorem estratégias inovadoras de gestão, financiamento e participação social. Avançar na garantia do acesso às tecnologias assistivas exige o fortalecimento da rede pública de saúde, a

cooperação entre setores e o reconhecimento da deficiência como questão de direitos humanos. Assegurar o acesso às OPM, portanto, não é apenas uma pauta da saúde, mas um compromisso ético e político com a cidadania e a inclusão das pessoas com deficiência no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). RN nº 338, de 21 de outubro de 2013. Dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=260921>. Acesso em: 19 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boas práticas de gerenciamento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)**. Brasília: Anvisa, 2020.

AGUIAR, A. S. C *et al.* Pessoas com deficiência e as políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S.l.], v. 95, n. 36, p. 1–9, out.-dez. 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1085. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/1107/1134>. Acesso em: 5 maio 2025.

ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho – REBESDE**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. e-017, 2022. DOI: 10.33872/rebesde.v3n2.e017. Disponível em:

<https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/rebesde/article/view/131/97>. Acesso em: 5 maio 2025.

ANDRADE, M. dos S. A influência da tecnologia assistiva na vida de pessoas com deficiência física. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 1–15, 29 dez. 2023. DOI: 10.61164/rnm.v14i1.2043. Disponível em:

<https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/2043>. Acesso em: 5 maio 2025.

ANDREWS, E. E.; POWELL, R. M.; AYERS, K. The evolution of disability language: choosing terms to describe disability. **Disability and Health Journal**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 101328, jul. 2022. DOI: 10.1016/j.dhjo.2022.101328. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657422000681>. Acesso em: 5 maio 2025.

ARAÚJO, L. M. de *et al.* Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 549–557, 2 abr. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557. Disponível em:

https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4950/pdf_1. Acesso em: 5 maio 2025.

ASSIS, E. da C.; GRÁCIO, H. R. Federalismo, parceria interfederativa e governança integrada na implementação de políticas públicas nacionais de saúde. **Revista Baru - Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, v. 7, n. 2, p. 19–19, 30 nov. 2021. DOI: 10.18224/baru.v7i2.9031. Disponível em:

<https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/baru/article/view/9031/5283>. Acesso em: 07 out. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050:2020 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/NBR9050_20.pdf. Acesso em: 06 jun. 2025.

BASTOS, P. A. L. S *et al.* Tecnologia assistiva e políticas públicas no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.l.], v. 31, p. e3401, 14 abr. 2023. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAO260434011. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/3401/3782>. Acesso em: 5 maio 2025.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 216 p. ISBN 978-85-249-1259-7.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Decreto nº 1.094, de 23 de março de 1994. Dispõe sobre o Sistema de Serviços Gerais (SISG) dos órgãos civis da Administração Federal direta, das autarquias federais e fundações públicas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1994. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/decretos-federais/decreto-no-1-094-de-23-de-marco-de-1994>. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 05 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que tratam sobre a prioridade de atendimento e acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2004a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da**

União, Brasília, DF, 2009. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm.
Acesso em: 16 set. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8213-24-julho-1991-363650-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 20 dez. 2000. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2000/l10098.htm. Acesso em: 5 maio 2025.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20152018/2015/lei/l13146.htm?msckid=e03ca915a93011eca55b7de3600188ab. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080/1990 para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2025. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2025/Lei/L15126.htm. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Tecnologia Assistiva (PNTA)**. Brasília: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, 2021. Disponível em:
https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnta?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jun. 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Estabelece diretrizes para a organização da atenção à saúde das pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, n. 188, p. 80, 29 set. 2004b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degex/legislacao/2018-e-antes/2000-a-2004?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/rcpd>. Acesso em: 7 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de práticas de gestão de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 5 maio 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Política de Dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais no âmbito do Sistema Único de Saúde, com ênfase nos itens voltados à Atenção das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/f8e8669c-d09b-461a-84d4-4f1bd82de8aa>. Acesso em: 5 maio 2025.

CAMPOS, P. V. C. *et al.* Barreiras e facilitadores para o retorno ao trabalho vivenciado por pessoas amputadas de membros inferiores, sob a ótica das diretrizes brasileiras. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 111–118, 28 mar. 2018. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO0959. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1697>. Acesso em: 5 maio 2025.

CAMPOS, V. S. M. *et al.* Atenção primária à saúde e seu papel na reabilitação. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 2, p. 7122–7129, 10 fev. 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n2-066. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57200/41879>. Acesso em: 07 out. 2025.

CARO, C. C. *et al.* A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 3, p. 521–529, 12 nov. 2014. DOI: 10.4322/cto.2014.073. Disponível em: <https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.073>. Acesso em: 07 out. 2025.

CARVALHO, G. de P. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3409-3421, 2021.

CARVALHO, J. A. **Órteses**: um recurso terapêutico complementar. 2. ed. Barueri: Manole Saúde, 2013. 170 p.

CASTRO, A. M. M. de *et al.* Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 2, p. e11351–e11351, 10 jun. 2021. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAO0959. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/saudecoletiva/article/view/11351/8015>. Acesso em: 5 maio 2025.

CLEMENTE, K. A. P. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 1 jul. 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003893. Disponível em: https://revistas.usp.br/rsp/pt_BR/article/view/200855/185060. Acesso em: 5 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Conass Informa n. 170/2024** – Publicada a Portaria SAES n. 2151 que altera a Portaria SAES/MS nº 1.148/23, para atualizar o registro de informações do Componente Atenção Especializada Ambulatorial na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-170-2024-publicada-a-portaria-saes-n-2151-que-altera-a-portaria-saes-ms-no-1-148-23-para-atualizar-o-registro-de-informacoes-do-componente-atencao-especializada-ambu/>. Acesso em: 07 out. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO (CREFITO-3). **Guia de orientação sobre OPM**: órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. São Paulo: CREFITO-3, 2018. Disponível em: <https://www.crefito3.org.br/dsn/pdfs/acervo-publicacoes/2018/guia-de-orientacao-sobre-opm.pdf>. Acesso em: 07 out. 2025.

CONTE, E.; OURIQUE, M. L. H.; BASEGIO, A. C. Tecnologia assistiva, direitos humanos e educação inclusiva: uma nova sensibilidade. **Educação em Revista**, [S.l.], v. 33, p. e163600, 28 set. 2017. DOI: 10.1590/0102-4698163600. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/xY3m8QFyHQwXzfXykFHYFHz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37–43, dez. 2019. DOI: 10.52753/bis.2019.v20.34471. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34471/33102>. Acesso em: 5 maio 2025.

COSSA, R. B. *et al.* Tecnologia assistiva e inovação como ferramentas de propulsão da inclusão social e cidadania. **Revista de Administração Pública**, [S.l.], v. 38, n. 17, p. 29, 2017. DOI: 10.13140/RG.2.2.17620.82569. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/385215417_Tecnologia_assistiva_e_inovac

[ao como ferramentas de propulsão da inclusão social e cidadania Assistive technology and innovation as tools to promote social inclusion and citizenship.](#)

Acesso em: 5 maio 2025.

COSTA, K. G. dos S. *et al.* Associação entre desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral e tempo de espera pela provisão de órteses em serviço de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, v. 30, n. 4, p. 260–266, 31 dez. 2023. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v30i4a168658. Disponível em: https://revistas.usp.br/actafisiatrica/pt_BR/article/view/168658/202716. Acesso em: 07 out. 2025.

CRUZ, D. M. C. da; EMMEL, M. L. G. Políticas públicas de tecnologia assistiva no Brasil: um estudo sobre a usabilidade e abandono por pessoas com deficiência física. **Revista FSA**, Teresina, v. 12, n. 1, art. 6, p. 79-106, jan./fev. 2015. DOI: 10.12819/2015.12.1.6.1. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/367/392>. Acesso em: 07 out. 2025.

CRUZ, V. V. *et al.* Barreiras de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 9, n. 4, e168943053, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i4.3053. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/3053/2306>. Acesso em: 5 maio 2025.

D’CUNHA, N. M. *et al.* Assistive technology, information asymmetry and the role of brokerage services: a scoping review. **BMJ Open**, v. 12, n. 12, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-063938. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/12/e063938.full.pdf>. Acesso em: 07 out. 2025.

DOMINGUES, C. D. A.; LAPLANE, A. L. F. Assistive technology in public policies: trends in the international debate and implications for Brazil. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 19, n. 8, p. 2761–2773, 2024. DOI: 10.1080/17483107.2024.2316896. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17483107.2024.2316896?needAccess=true>. Acesso em: 07 out. 2025.

DORNELES, L. L. *et al.* Development of an animated infographic on Permanent Health Education. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3311, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.3536.3311. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CXVXhMH7x4pxqqdcv5B3Lpr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2025.

DRAIBE, S. M. **Estado de bem-estar social no Brasil**: desenvolvimento e crise. São Paulo: Unesp, 2007.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 1041–1050, jun. 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000300027. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/cJ7WmttzYPFgmn8TmPFRY5R/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 5 maio 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)**. Vitória: SESA/ES, 2023.

ESTEVAM, J. de A.; VIANNA, D. L.; FERNANDES, S. M. de S. Inclusão da pessoa com deficiência no trabalho: estudo transversal/Inclusion of disable people in the labor: cross-sectional study. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 7766–7779, 9 jul. 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-046. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12880/10826>.

Acesso em: 5 maio 2025.

FARIAS, P. K. S. *et al.* Letramento em saúde: uma revisão de literatura. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 3, p. e3572–e3572, 6 mar. 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n3-025. Disponível em:

<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/3572/2899>.

Acesso em: 07 out. 2025.

FARIAS, T. M. O. *et al.* O estreito acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde em uma capital nordestina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1539–1548, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.15172022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TYkCcwGVLJBTsJ7tTY7hJNg/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 07 out. 2025.

FERREIRA, H. A *et al.* Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: na periferia da governança de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 2, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023210894pt. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3hxQwFByRY7x56J3dTSqpGy/?format=pdf&lang=pt>

. Acesso em: 07 out. 2025.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4405–4415, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25892019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfFMj/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 07 out. 2025.

GALVÃO, N. de C. S. S. *et al.* Direito das pessoas com deficiência ao lazer, esporte e atividades artísticas. **Revista Extensão e Cultura da UFRB**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 28–40, 7 mar. 2023. Disponível em:

<https://revistas.ufrb.edu.br/index.php/extensaocultura/article/view/3079>. Acesso em:

5 maio 2025.

GIOVANNI, G. di; NOGUEIRA, M. A. (orgs.). **Dicionário de políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp; Fundap, 2015.

GIUSTI, M. *et al.* The contribution of cultural heritage owned by local health authorities in the humanization of care: the point of view of top management.

International Journal of Environmental Research and Public Health, [S. l.], v. 19,

n. 24, p. 16632, jan. 2022. DOI: 10.3390/ijerph192416632. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2000028>. Acesso em: 5 maio 2025.

GUEVARA, D. A. The need to reimagine disability rights law because the medical model of disability fails us all. **Wisconsin Law Review**, Rochester, v. 2021, n. 269, 5 nov. 2021. Disponível em: <https://papers.ssrn.com/abstract=3957584>. Acesso em: 5 maio 2025.

HAMMEL, J. *et al.* Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, [S. l.], v. 96, n. 4, p. 578–588, 1 abr. 2015. DOI: 10.1016/j.apmr.2014.12.008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999314013471?via%3Dihub>. Acesso em: 6 maio 2025.

HONORATO, L. G. F. *et al.* Integralidade nas políticas públicas de saúde: desafios para a prática assistencial. **Lifestyle Journal**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 7–15, 12 jun. 2019. DOI: 10.19141/2237-3756.lifestyle.v6.n1.p7-15. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1779/1563>. Acesso em: 5 maio 2025.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pessoas com deficiência têm menor acesso à educação, ao trabalho e à renda. **Agência Brasil**, 2023b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda#:~:text=Cerca%20de%2018%2C6%20milh%C3%B5es,anos%20ou%20mais%20de%20idade>. Acesso em: 03 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD contínua**: pessoas com deficiência 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf. Acesso em: 25 ago. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **10. Redução das Desigualdades**. 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods10.html>. Acesso em: 03 set. 2024.

KLAZURA, M. A.; FOGAÇA, V. H. B. Pessoa com deficiência entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial: concepções em disputa. **Emancipação**, [S. l.], v. 21, p. 1–18, 10 mar. 2021. DOI: 10.5212/Emancipacao.v.21.2013498.006. Disponível em:

<https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/13408/209209214023>.

Acesso em: 5 maio 2025.

LEMOS, T. C. *et al.* Fatores relacionados ao abandono de dispositivos de Tecnologia Assistiva: uma revisão da literatura. **Human Factors in Design**, v. 12, n. 24, p. 003–012, 13 dez. 2023. DOI: 10.5965/2316796312242023003. Disponível em: <https://periodicos.udesc.br/index.php/hfd/article/view/24582/16397>. Acesso em: 5 maio 2025.

LOCKWOOD, C.; SANTOS, K. B. dos; PAP, R. Practical guidance for knowledge synthesis: Scoping review methods. **Asian Nursing Research**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. 287-294, 2019. DOI: 10.1016/j.anr.2019.11.002. Disponível em: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(19\)30525-0/fulltext](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(19)30525-0/fulltext). Acesso em: 1 maio 2025.

LOPES, L. de J. S. *et al.* Um olhar sobre a rede de assistência à saúde: organização e desafios da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e494101422219–e494101422219, 11 nov. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22219. Disponível em: <https://share.google/TX5HCpdxHco4wKM6N>. Acesso em: 5 maio 2025.

LUCHESE, P. T. R. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_publicas_saude_publica.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

MARTINS, A. L. J. *et al.* Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, p. 2519–2529, 17 jun. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.18572021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/J7hJ6qcJxYV7KNjbnGMrbs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

MARTINS, C. F. *et al.* Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33062, 2023. DOI: 10.1590/S0103-73312023333062. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FSffmctWTwbYBZG4gLsP3yk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

MARTINS, K. P. *et al.* Furniture and sanitary facilities in family health units: accessibility for physical disability. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 1150–1155, 4 out. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1150-1155. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5436/pdf_1. Acesso em: 5 maio 2025.

MEDEIROS, A. de A. *et al.* Space-temporal analysis of the specialized services of the Health Care Network for Persons with Disabilities in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 29, n. 5, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024295.01342023. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/j8QwkMCH9YDvhmCV8m8sC5L/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 07 out. 2025.

MEDEIROS, A. de A. *et al.* Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: a multivariate analysis from Andersen's behavioral model. **PloS One**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. e0250615, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0250615. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250615>. Acesso em: 5 maio 2025.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 33, p. e230582, jul. 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230582en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WFs5TNf98MyzHrdkcQNMDdj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out 2025.

MIRANDA, J. A. A. de; CASTRO FILHO, R. A. A convenção da ONU de 2006 para as pessoas com deficiência: a universalização do conceito de deficiência sob a ótica dos direitos humanos. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 1–21, 1 dez. 2017. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0197/2017.v3i2.2236. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/2236/pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

MISSIO, M. M.; QUEIROZ, L.F. de. Tecnologias assistivas: aspectos que influenciam na assiduidade e no abandono dos recursos. **Acta Fisiátrica**, v. 25, n. 4, p. 185–190, 31 dez. 2018. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v25i4a163858. Disponível em: https://revistas.usp.br/actafisiatrica/pt_BR/article/view/163858/159150. Acesso em: 07 out. 2025.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006. DOI: 10.1590/S1516-73132006000100009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/wvLhSxkz3JRqv3mcXHBWSXB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

MORAIS, L. P.; BACIC, M. J. Resolução da OIT relativa ao trabalho decente e à economia social e solidária (ESS): registro de seu processo de constituição. **RBEST Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho**, [S. l.], v. 5, p. e023001–e023001, 15 abr. 2023. DOI: 10.20396/rbest.v5i00.17386. Disponível em: <https://econtents.sbu.unicamp.br/inpec/index.php/rbest/article/view/17386/12542>. Acesso em: 5 maio 2025.

MOTA, M. E. *et al.* **Seguridade social e políticas públicas**. São Paulo: OPAS, OMS, Cortez, 2006. Disponível em:

<https://www.passeidireto.com/arquivo/60286626/seguridade-social-e-politicas-publicas>. Acesso em: 5 maio 2025.

MOTA, P. H. dos S.; BOUSQUAT, A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220608pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220608pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TCsH7HgjwBZZSnmKG48FmP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out 2025.

MOURA, E. G. e S. de *et al.* Relação entre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a limitação de atividades e restrição à participação de indivíduos com hanseníase. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 355–361, 28 set. 2017. DOI: 10.1590/1414-462X201700030336. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/zWZs8PwNDNPfByN6qTxsKh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

MULUMBA, M. *et al.* Perceptions and experiences of access to public healthcare by people with disabilities and older people in Uganda. **International Journal for Equity in Health**, [S. l.], v. 13, p. 76, 8 out. 2014. DOI: 10.1186/s12939-014-0076-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-014-0076-4>. Acesso em: 5 maio 2025.

MUNN, Z. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850#core-collateral-purchase-access>. Acesso em: 05 maio 2025

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: ONU Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 05 maio 2025.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Tradução de João Lúcio de Azevedo. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: 5 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Cerca de um bilhão de pessoas com deficiência têm acesso negado a tecnologia assistiva**. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/182189-cerca-de-um-bilh%C3%A3o-de-pessoas-com->

[defici%C3%Aancia-t%C3%AAm-acesso-negado-tecnologia-assistiva](#). Acesso em: 6 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Resolução 3447, de 9 de dezembro de 1975. Disponível em: <https://www.ct.ufpb.br/lacesse/contents/documentos/legislacao-internacional/declaracao-dos-direitos-das-pessoas-deficientes-onu-1975.pdf/view>. Acesso em: 6 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 6 maio 2025.

PADILHA, A. R.S. *et al.* Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 579–593, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811803. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VSm7zn7r5nYbPWNzWj9kGdk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2025.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PARREIRA, S. L. S. *et al.* As principais formas de aquisição de tecnologia assistiva: um estudo realizado em clínicas de reabilitação na cidade de Anápolis/GO. **Journal of Social, Technological and Environmental Science**, Anápolis, v. 9, n. 1, p. 524-544, jan./abr. 2020. DOI: 10.21664/2238-8869.2020v9i1.p524-544. Disponível em: <https://doaj.org/article/d3a9121af5f84f4dba302f8de4f4be1b>. Acesso em: 07 out. 2025.

PETERS, M. D. J. *et al.* Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. **Systematic Reviews**, [S. l.], v. 10, p. 263, 2021. DOI: 10.1186/s13643-021-01821-3. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-021-01821-3>. Acesso em: 6 maio 2025.

PINTO, A. *et al.* A national accessibility audit of primary health care facilities in Brazil: Are people with disabilities being denied their right to health? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 2953, 13 mar. 2021. DOI: 10.3390/ijerph18062953. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/2953>. Acesso em: 5 maio 2025.

PUPO, A. C.; ALMEIDA, K. V. de; TRENCH, M. C. B. Avaliação da Qualidade de Vida da Pessoa com Deficiência: revisão sistemática da literatura. **Distúrbios da Comunicação**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 124–140, 22 fev. 2021. DOI: 10.23925/2176-2724.2021v33i1p124-140. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/49425/34732>. Acesso em: 6 maio 2025.

RAMOS, A. R.; KANAANE, R. A inclusão da pessoa com deficiência no ensino técnico profissionalizante com o uso da tecnologia assistiva fomentando o trabalho e o crescimento econômico conforme o oitavo objetivo de desenvolvimento sustentável. **Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 704–719, 18 maio 2020. DOI: 10.26512/rici.v13.n2.2020.31640. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/RICI/article/view/31640/26285>. Acesso em: 5 maio 2025.

RETHLEFSEN, M. L. S. *et al.* PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. **Systematic Reviews**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 39, 2021. DOI: 10.1186/s13643-020-01542-z. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-020-01542-z>. Acesso em: 5 maio 2025.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. de A.; SILVA, S. L. A. **Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Livro-Redecin-Brasil-o-cuidado-na-rede-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-nos-diferentes-Brasis.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 07 out. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Manual Operativo para Dispensação e Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção**. Porto Alegre, 2017.

RODRIGUES, D. C.; SOBRINHO, M. V.; VASCONCELLOS, A. M. de A. Formação de coalizão de defesa e atores chaves da política. **Revista de Administração Pública**, [S. l.], v. 54, n. 6, p. 1711–1728, 27 nov. 2020. DOI: 10.1590/0034-761220190450. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/jzdQFQjQmT38w88PMKC5DBM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

ROTOLI, J. M. *et al.* Promoting access and equity: a historical perspective of healthcare access for people with disabilities. **Cureus**, [S. l.], v. 14, n. 11, p. e31594, 2022. DOI: 10.7759/cureus.31594. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9757664/pdf/cureus-0014-00000031594.pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

SANTOS, J.; VASCONCELOS, T. C. Acessibilidade como fator de inclusão às pessoas com deficiência. **REIN - Revista Educação Inclusiva**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 35–53, 2018. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/REIN/article/view/52>. Acesso em: 5 maio 2025.

SANTOS, M. F. N.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Health Care to people with disability: the formation of teams and geographical distribution of the rehabilitation specialized component. **CoDAS**, v. 33, p. e20190184, 2021. DOI: 10.1590/2317-1782/20202019184. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/W7TD5y7PxDQCmJVgTGrtSVf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2025.

SANTOS, R. F. dos *et al.* Tecnologia assistiva e suas relações com a qualidade de vida de pessoas com deficiência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 54–62, 8 jun. 2017. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v28i1p54-62. Disponível em: https://revistas.usp.br/rto/pt_BR/article/view/107567/129256. Acesso em: 5 maio 2025.

SANTOS, W. R. dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, p. 501–519, set. 2008. DOI: 10.1590/S0103-73312008000300008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SDWpCmFGWGn69qtRhdqqGSy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2025.

SARRETA, F. M. A saúde como direito social: o movimento sanitário brasileiro nos anos 1980. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 124-137, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JxSGQ54Y9nrnx6SRy3cqN6B/>. Acesso em: 5 maio 2025.

SILVA, E. C. da; SOUZA, R. B.; MATOS, C. V. Implantação do modelo biopsicossocial em um centro de reabilitação física para acompanhamento da funcionalidade. **Revista Técnico-Científica CEJAM**, [S. l.], v. 2, p. e202320020–e202320020, 14 nov. 2023. DOI: 10.59229/2764-9806.RTCC.e202320020. Disponível em: <https://revista.cejam.org.br/index.php/rtcc/article/view/e202320020/21>. Acesso em: 5 maio 2025.

SILVA FILHO, J. O. da *et al.* Barreiras e facilitadores na dispensação de próteses de membros inferiores: uma análise das políticas públicas. **ARACÊ**, v. 7, n. 5, p. 21721–21740, 1 maio 2025. DOI: 10.56238/arev7n5-043. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4832/6761>. Acesso em: 07 out. 2025.

SIXEL, Taciana Rocha dos Santos; BERNARDO, Debora; MEDEIROS, Arthur de Almeida; BOUSQUAT, Aylene; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; SCHMITT, Ana Carolina Basso. The rehabilitation workforce in Brazil. **Archives of Public Health**, London, v. 82, 2024. DOI: 10.1186/s13690-024-01249-w. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-024-01249-w>. Acesso em: 5 maio 2025.

SOARES, J. M. M. *et al.* Tecnologia Assistiva: revisão de aspectos relacionados ao tema. **Revista Espacios**, [S. l.], v. 38, n. 13, p. 8, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316663233_Tecnologia_assistiva_Revisao_de_aspectos_relacionados_ao_tema. Acesso em: 5 maio 2025.

SOBRAL, M. D. C.; FERREIRA, V R. A tecnologia assistiva como um meio de inclusão digna da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. **Conjecturas**, [S.l.], v. 22, n. 15, p. 1273-1297, 2022. DOI: 10.53660/CONJ-1973-2R20. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1973/1445/>. Acesso em: 5 maio 2025.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e sociedade**, [S.l.], v. 19, p. 509-517, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 5 maio 2025.

SOUZA, M.; AVELAR, K.; MATTOS, E. H. A integração e inclusão de crianças com deficiência nas escolas sob o viés dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 49, p. 88–99, 2019. DOI: 10.15202/1981896.2019v24n49p88. Disponível em: <https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/353/3531937008/html/index.html>. Acesso em: 1 maio 2025.

SOUZA, M. S. de; CRUZ, S. P. L. Assistência a pessoas com deficiência: atuação das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e35101018463–e35101018463, 4 ago. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18463. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/18463/16558>. Acesso em: 5 maio 2025.

SOUZA, S. T. *et al.* Inclusão da pessoa com deficiência e o mercado de trabalho: aspectos históricos e legais. **Revista Educar Mais**, [S.l.], v. 6, p. 609–620, 2022. DOI: 10.15536/reducarmais.6.2022.2847. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/educarmais/article/view/2847/2082>. Acesso em: 5 maio 2025.

SPINIELI, A. L. P.; CAMARGO, M. S. Pessoas com deficiência e a agenda 2030 da ONU: desafios contemporâneos frente ao direito à educação inclusiva. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, [S.l.], v. 5, n. 13, p. 85–93, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.4311522. Disponível em: <https://zenodo.org/records/4311522>. Acesso em: 5 maio 2025.

TORO-HERNÁNDEZ, M. L. *et al.* Appropriate assistive technology for developing countries. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 847–865, nov. 2019. DOI: 10.1016/j.pmr.2019.07.008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047965119300531?via%3Dihub>. Acesso em: 5 maio 2025.

TRANI, J.-F. *et al.* Access to services from persons with disabilities in Afghanistan: is community based rehabilitation making a difference? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 10, p. 6341, 23 maio 2022. DOI: 10.3390/ijerph19106341. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/10/6341>. Acesso em: 5 maio 2025.

UNITED NATIONS. **Transforming our world**: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 5 maio 2025.

VAN HOUT, M. C.; WELLS, J. S. G. The right to health, public health and COVID-19: a discourse on the importance of the enforcement of humanitarian and human rights

law in conflict settings for the future management of zoonotic pandemic diseases. **Public Health**, [S. l.], v. 192, p. 3–7, mar. 2021. DOI: 10.1016/j.puhe.2021.01.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350621000019?via%3Dihub>. Acesso em: 5 maio 2025.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010.

WADE, D. T.; HALLIGAN, P. W. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? **BMJ: British Medical Journal**, [S. l.], v. 329, n. 7479, p. 1398–1401, 11 dez. 2004. DOI: 10.1136/bmj.329.7479.1398. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/329/7479/1398>. Acesso em: 5 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Director-General's remarks at the Assistive Technology report launch – 16 May 2022**. Geneva: WHO, 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/WHO-Director-Generals-remarks-at-the-Assistive-Technology-report-launch-16-May-2022>. Acesso em: 29 abr. 2025.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on assistive technology**. Geneva: WHO, 2022c. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 05 maio 2025.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on health equity for persons with disabilities**. Geneva: WHO, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>. Acesso em: 19 set. 2024.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on the provision of manual wheelchairs in less resourced settings**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547482>. Acesso em: 06 maio 2025.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

YEO, R.; MOORE, K. Disability and poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. **Disability and Society**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 1–17, 2013. DOI: 10.1080/01436597.2011.604520. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01436597.2011.604520?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 05 maio 2025.

ANEXO A – FLUXOGRAMA MODELO PRISMA

