

ANÁLISE NACIONAL E REGIONAL DA CONCESSÃO DE CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA A ADOLESCENTES PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO BRASIL

NATIONAL AND REGIONAL ANALYSIS OF THE GRANTING OF MOTORIZED WHEELCHAIRS TO ADOLESCENTS BY BRAZIL'S PUBLIC HEALTH SYSTEM

Daiane Mariele Pinheiro

Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, RS, Brasil
daianepinheiro235@gmail.com

Sthefany Riella dos Santos

Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, RS, Brasil
riellasthefany@gmail.com

Christian Caldeira Santos

Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana, RS, Brasil
christiansantos@unipampa.edu.br

RESUMO

Cadeira de rodas motorizada (CRM) é concedida a pessoa entre 12-60 anos com alteração locomotoras pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Objetivo: Analisar a evolução da concessão de CRM pelo SUS para adolescentes, e comparar a concessão entre as regiões brasileiras. Materiais e Métodos: pesquisa documental retirada do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, em junho de 2024. Analisou Procedimento CRM Adulto Infantil, de 2013 a 2023, a adolescentes entre 12-14 anos. A análise de dados foi descritiva e inferencial (nível de significância de 5%). Resultados: A quantidade de CRM concedidas junto aos 27 estados brasileiros foi de 61 unidades. Anualmente, em torno de cinco a seis CRM foram concedidas por estado. As Regiões Sudeste e Sul foram as mais que concederam CRM. Houve diferença significativa ($p < 0,05$) na concessão entre as regiões Norte e Nordeste, Norte e Sul, Norte e Sudeste, Centro-Oeste e Sul, Centro-Oeste e Sudeste, Nordeste e Sul, e Nordeste e Sudeste. Os estados São Paulo e Rio Grande do Sul foram os maiores a concederem CRM. Conclusão: Concessões de CRM no início da adolescência no país parece ser inadequada, concentra-se nas Regiões Sudeste e Sul, e foi agravada pela pandemia da Covid 19.

Palavras-chave: Cadeira de rodas motorizadas. Crianças. Adolescente. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (SUS) is grants motorized wheelchairs (MW) to people aged 12-60 with locomotor disorders. Objective: To analyze the evolution of the granting of MW by the SUS for adolescents, and to compare the granting of MW between Brazilian regions. Materials and Methods: Documentary research taken from the Department of Informatics of the Unified Health System, in June 2024. It analyzed the Adult Child MW Procedure, from 2013 to 2023, for adolescents aged 12-14. Data analysis was descriptive and inferential (5% significance level). Results: The number of MW granted with the 27 Brazilian states was 61 units. Every year, around five to six MW were granted per state. The Southeast and South were the regions that granted the most MW. There was a significant difference ($p < 0,05$) between the North and Northeast, North and South, North and Southeast, Midwest and South, Midwest and Southeast, Northeast and South, and Northeast and Southeast regions. The states of São Paulo and Rio Grande do Sul were the largest to grant MW. Conclusion: Grants of MW in early adolescence in the country appear to be inadequate, are concentrated in the Southeast and South Regions, and have been exacerbated by the Covid 19 pandemic.

Keywords: Motorized wheelchair. Children. Adolescents. Unified Health System.

Recebido em 25/01/2024

Aceito para publicação em: 28/06/2024.

INTRODUÇÃO

A cadeira de rodas motorizada (CRM) é um dos tipos de cadeira de rodas que apresenta “um sistema de propulsão motorizada e controle através de joystick” (BRASIL, 2019, p. 84). Sua concessão foi introduzida na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Prótese e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), em maio de 2013, sob número 07.01.01.022-3 – Cadeira de Rodas Motorizada Adulto ou Infantil, e é indicada para pessoas entre 12 e 60 anos. Entende-se que tal concessão é um dever do SUS, onde é concedida a qualquer pessoa que necessite do equipamento para se locomover. Esse direito está garantido pela Lei nº 8.080 de 16.09.90, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde. Entretanto, como pré-requisito, essa pessoa precisa passar por uma avaliação biopsicossocial (física, cognitiva, visual, auditiva e ambiental) onde constata-se a impossibilidade de impulsionar uma cadeira de rodas manual (BRASIL, 2013).

No campo da reabilitação da pessoa com deficiência, no prisma da visão biopsicossocial, e por meio da Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF), a CRM está inserida na seção Fatores Contextuais (histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo). Esta é composta pelos Fatores Ambientais (ambiente físico, social e de atitudes onde as pessoas vivem e conduzem suas vidas), sendo sua presença observada como algo positivo (facilitador), e sua ausência como algo negativo (barreira) sobre o desempenho humano, a capacidade do indivíduo de executar ações ou tarefas, e sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo (OMS, 2008). A CRM fomenta a participação da pessoa com deficiência, onde a participação pode ser entendida como uma associação entre a frequência (estar lá) e o engajamento (estar motivado) (Leite *et al.*, 2024). Segundo a Rema (2017) ao se utilizar da mobilidade motorizada em crianças com limitações de mobilidade precocemente, há chance de sucesso terapêutico na independência, no desenvolvimento global infantil e na participação em situações de vida real.

Atualmente, estudos brasileiros já destacaram a concessão de CRM aos usuários do SUS. O estudo de Caro e Cruz (2020) apontou que de 11 pessoas com deficiência física com limitação motora entrevistadas, sete apresentaram esse benefício concedido pelo SUS. Já no estudo de Azevedo *et al.* (2020) os resultados demonstraram uma concessão de 166 CRM no estado do Paraná, entre 2017 e 2019. Para Santos *et al.* (2021), a trajetória das concessões pelo SUS desse facilitador da funcionalidade humana é crescente, salvo no período de pandemia da Covid 19, onde até junho de 2021 foram concedidas um total de 29.107 CRM no país.

Destaca-se que tais concessões são oriundas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), onde um dos seus objetivos específicos propôs aumentar a distribuição de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção à população com deficiência brasileira (BRASIL, 2012). Assim, por meio desta Rede foram estruturadas inúmeras ações, sendo as principais: “qualificação das equipes de atenção básica; criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes; criação de oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, vinculados aos serviços de reabilitação física do SUS; qualificação da atenção odontológica, tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica” (SÚMULA DO PROGRAMA VIVER SEM LIMITE, 2014, p. 266). Entretanto, percebe-se escassez de pesquisa referente ao tema concessão de CRM para adolescentes na faixa etária de 12 a 14 anos (anos iniciais do ciclo da adolescência), as quais compõem uma parcela das 0,4% de pessoas maiores de 10 a 17 anos que apresentam deficiência física com limitação motora nos membros inferiores no Brasil (IBGE, 2021).

Assim, ao entender que a CRM representa uma ferramenta terapêutica tecnológica que facilita a mobilidade, autonomia, participação e independência da pessoa com deficiência física com limitação motora, ou seja, ela tende a fomentar a funcionalidade e minimizar a incapacidade humana, questiona-se: como está sendo a sua concessão no país para a faixa etária compreendida entre 12 a 14 anos, por região e unidade federativa a partir de 2013? Portanto, esta pesquisa objetivou analisar a evolução da concessão de CRM pelo SUS para adolescentes na faixa etária entre 12 e 14 anos, e comparar a concessão entre as regiões brasileiras.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi documental, de dados secundários retirados do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS) em junho de 2024, cujo o objeto de estudo foi o procedimento 0701010223 – CRM Adulto Infantil. Aponta-se que através do DATASUS,

indicativos quantitativos “podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde” no país (DATASUS, 2023). Desta forma, este Órgão tem a função de coletar, processar e disseminar informações sobre as condições de saúde em todo território nacional.

Os critérios de inclusão foram quantidade aprovada por ano atendimento segundo Regiões/ Unidade da Federação; procedimento 0701010223 - CRM Adulto e Infantil, cujas as informações estão dispostas no DATASUS TabNet, seções: Assistência à Saúde; Produção Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) - Por local de residência a partir de 2008; com Abrangência Geográfica - Brasil por Região e Unidade da Federação <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defohtm.exe?sia/cnv/qbuf.def>. Na linha foi selecionada: Região/Unidade da Federação; Na coluna: Ano/mês atendimento; e no conteúdo: Quantidade aprovada - período de janeiro de 2013 a dezembro de 2023. Justifica-se o uso deste período pelo início do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (BRASIL, 2011). Na parte seleção disponíveis, foram sinalizados os itens: Região - todas as categorias; Unidade da Federação - todas as categorias; Procedimento - 0701010223 Grupo procedimento - 07 Órteses, Próteses e Materiais Especiais; Subgrupo procedimento - 0701 Órteses, Próteses e Materiais Especiais não relacionadas ao ato cirúrgico; Forma organização - 070101 OPM auxiliares da locomoção; Complexidade - todas as categorias; Caráter Atendimento - todas as categorias; Documento Registro - todas as categorias; Faixa etária - 12 a 14 anos (seção com faixa etária contida entre 10 a 14 anos), item preestabelecido pelo DATASUS, visto que a CRM só pode ser prescrita após os 12 anos de idade); Sexo - feminino e masculino; Profissional (CBO) - todas as categorias. Não houve exclusão de dados, mesmo que as unidades federativas apresentassem dados ausentes.

As informações coletadas do DATASUS foram organizadas e apresentadas em figuras e tabelas por meio da análise estatística descritiva e inferencial. O programa *BioEstat 5.3*, de acesso livre (Ayres, M. *et al.*, 2007), foi usado no processamento dos dados. Foi verificada distribuição anormal dos dados por meio do Teste de D’Agostino, assim foi sinalizado a necessidade de utilizar testes não paramétricos. Optou-se pelo Teste da Mediana para a análise da comparação da concessão de CRM por região brasileira, com nível de significância de 5%.

Ressalta-se que esta pesquisa não necessitou ser submetida a nenhum Comitê de Ética e Pesquisa, visto ser constituída por informações públicas.

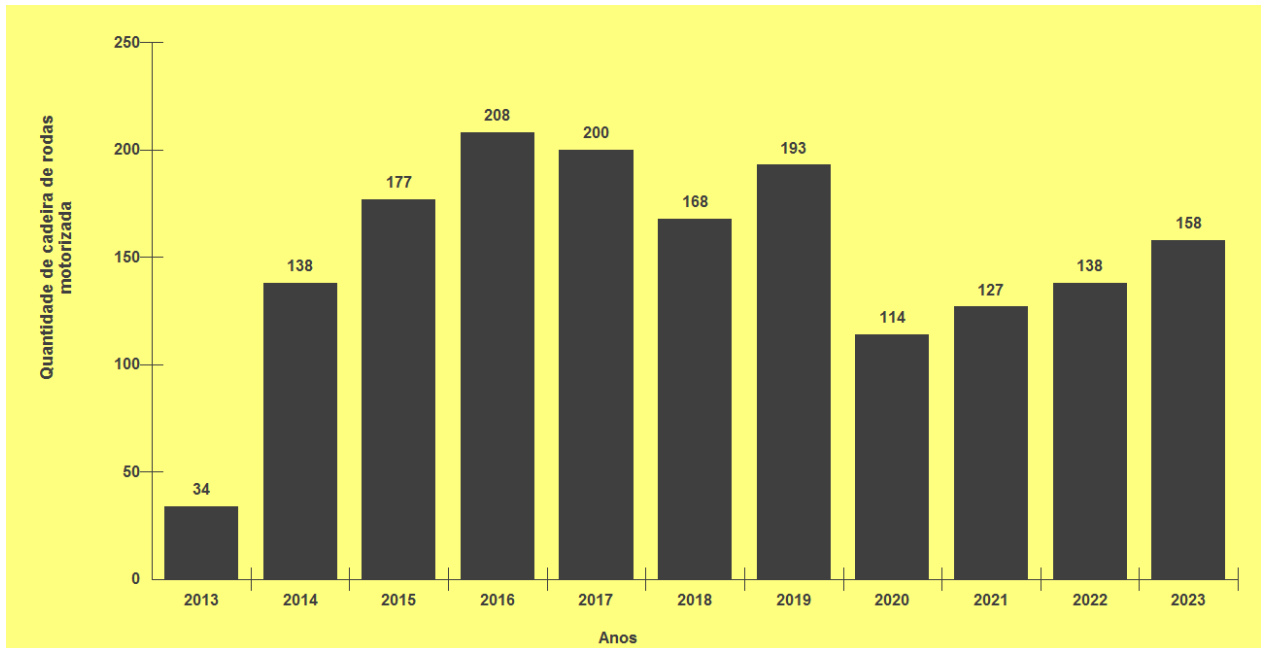
RESULTADOS

Foram concedidas pelo SUS 1.655 CRM para adolescentes de faixa etária entre 12 a 14 anos no período analisado. A quantidade mínima anual foi 34 e a máxima foi 208 unidades concedidas. A amostra foi heterogênea, com o coeficiente de variação de 32,83%. A quantidade de CRM concedidas no período analisado junto às 27 unidades federativas brasileiras foi de 61 unidades. Nesse sentido, a cada ano, em torno de cinco a seis unidades são concedidas por unidade federativa. A evolução da quantidade de CRM concedida no período de pesquisa está detalhada na Figura 1.

Destaca-se que em 2020, com a pandemia da Covid 19, houve uma redução de 41% (n = 79) nas concessões de CRM no país, ao se comparar com 2019 (n = 193). Esta mesma tendência foi mantida nos anos de 2021, 2022 e 2023. Mesmo demonstrando elevação na quantidade de concessões de CRM ao longo dos últimos três anos pós pandemia, o SUS não conseguiu atingir a marca de 2019 (n = 193). No último ano, houve ainda um déficit de concessão de 35 unidades.

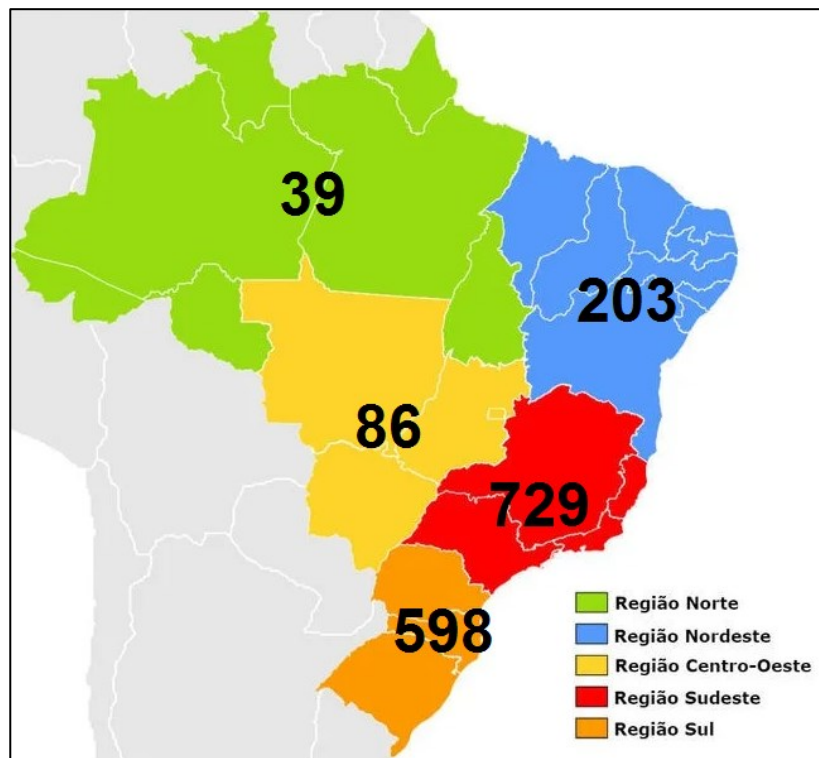
Em relação às regiões brasileiras, a Sudeste (n = 729) e a Sul (n = 598) foram as que mais concederam CRM aos usuários do SUS. Em contrapartida, a Nordeste (n = 203), a Centro - Oeste (n = 86) e a Norte (n = 39) foram as que menos ofertaram esse dispositivo, respectivamente. A Figura 02 demonstra esta distribuição quantitativa.

Figura 1 – Quantidade de cadeira de rodas motorizada concedida pelo SUS a adolescentes entre 12 a 14 anos no período de 2013 - 2023



Fonte: DATASUS, 2024.

Figura 02 – Concessões de cadeiras de rodas motorizadas pelo SUS para adolescentes de 12 a 14 anos, por regiões brasileiras, no período de 2013 – 2023



Fonte: DATASUS, 2024.

O valor da mediana de CRM concedidas anualmente pelo SUS no país foi 158, enquanto que na Região Sudeste foi 20 e a da Região Norte foi 1. Houve diferença significativa na concessão de CRM entre as regiões brasileiras ($p < 0,05$) frente às regiões Norte e Nordeste, Norte e Sul, Norte e Sudeste, Centro – Oeste e Sul, Centro – Oeste e Sudeste, Nordeste e Sul, e Nordeste e Sudeste. A Tabela 1 demonstra esses dados.

Tabela 1 – Total (%), mediana, primeiro e terceiro quartis, e a diferença entre as medianas das concessões de cadeiras de rodas motorizadas pelo SUS para adolescentes de 12 a 14 anos, no Brasil e por regiões brasileiras, no período de 2013 – 2023

ANO	BRASIL	NORTE	CENTRO – OESTE	NORDESTE	SUL	SUDESTE
2013	34	0	0	1	26	7
2014	138	0	0	6	57	75
2015	177	1	2	20	62	92
2016	208	1	10	27	71	99
2017	200	4	24	31	81	60
2018	168	0	8	20	76	64
2019	193	4	17	30	67	75
2020	114	5	8	19	33	49
2021	127	1	3	27	43	53
2022	138	10	12	13	47	56
2023	96	13	2	9	35	99
TOTAL (%)	1.655 (100,0)	39 (2,4)	86 (5,2)	203 (12,3)	598 (36,1)	729 (44,0)
MEDIANA	158,0	1,0	8,0	20,0	57,0	64,0
1º QUARTIL (25%)	132,5	2,0	11,0	11,0	39,0	54,5
3º QUARTIL (75%)	185,0	11,0	27,0	27,0	69,0	83,5

Teste da Mediana: Norte x Centro – Oeste ($p = 1,0$); Norte x Nordeste ($p = 0,0105$); Norte x Sudeste ($p < 0,0001$); Norte x Sul ($p = 0,0006$); Centro – Oeste x Nordeste ($p = 0,0881$) Centro – Oeste x Sudeste ($p < 0,0001$); Centro – Oeste x Sul ($p = 0,0006$); Nordeste x Sudeste ($p = 0,0006$); Nordeste x Sul ($p = 0,0006$); Sudeste x Sul ($p = 1,0$).

Fonte: DATASUS, 2024.

Nas regiões Norte, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste, os estados que mais disponibilizaram CRM foram Rondônia ($n = 13$), Goiás ($n = 22$), Alagoas ($n = 63$ cada), Rio Grande do Sul ($n = 324$) e São Paulo ($n = 324$). Esses estados totalizaram 47% do total das CRM concedidas a crianças e adolescentes entre 10 a 14 anos no Brasil, no período analisado. Em contrapartida, nessa mesma sequência das regiões brasileiras, os estados que menos concederam CRM foram no Acre ($n = 0$), Tocantins ($n = 0$), Mato Grosso do Sul ($n = 9$), Sergipe ($n = 0$), Santa Catarina ($n = 82$) e Espírito Santo ($n = 37$). Tais valores correspondem a 7,7% do total nacional de CRM concedidas pelo SUS a adolescentes entre 12 a 14 anos. Estes dados estão apresentados na Figura 03.

Figura 03 – Concessões de cadeiras de rodas motorizadas pelo SUS para adolescentes de 12 a 14 anos, por estados brasileiros, no período de 2013 – 2023



Fonte: DATASUS, 2024.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi, primeiramente, analisar a concessão de CRM disponibilizadas pelo SUS no Brasil, nas regiões e nos estados brasileiros, no período de janeiro de 2013 a setembro de 2023, para adolescentes de 12 a 14 anos, visando conhecer o acesso dessa população a este meio de locomoção. Posteriormente comparar as diferenças entre as regiões brasileiras destas concessões.

Previamente, entende-se que os usuários infantojuvenis de CRM podem apresentar as seguintes condições clínicas: sequelas de poliomielite, fibrose cística, ataxias hereditárias, doenças neuromusculares (exemplo: distrofias e amiotrofias espinhais infantil) doença do neurônio motor (exemplo: paralisia cerebral e acidente vascular encefálico), espinha bífidas, artrogripose, osteogênese imperfeita, traumatismo raquimedular infantojuvenil e ausências de membros (BRASIL, 2023). Em 2019, crianças e adolescentes entre 2 a 17 anos de idade estavam contidas nas cerca de 174 mil pessoas com deficiência física de membros inferiores no país (IBGE, 2021), as quais sugerem ter limitação de mobilidade para caminhar.

Neste sentido, a mobilidade, segundo a AOTA - Sociedade Americana de Terapia Ocupacional (2015, p. 20) consiste em:

Mover-se de uma posição ou lugar para outra(o) (durante o desempenho de atividades diárias), como mobilidade na cama, mobilidade na cadeira de rodas, e transferências (por exemplo, cadeira de rodas, cama, carro, chuveiro, vaso sanitário, banheira, cadeira, piso). Inclui deambulação funcional e transporte de objetos.

Assim, a prescrição de CRM visa garantir equidade e o enfrentamento das disparidades biopsicossociais, e assim promover a inclusão das pessoas com deficiência. Entretanto, entende-se que a CRM configure simplesmente como mais um instrumento facilitador de inclusão social, visto que Sasaki (2000), aponta que a inclusão depende de transformações sociais basais, onde a sociedade, contendo pessoas com

deficiência ou sem deficiência, esteja inicialmente juntas, incluídas, para posteriormente realizar ações necessárias como: se reabilitar, estudar, brincar, trabalhar, receber cuidados médicos e viajar.

Segundo Longo *et al.* (2021), crianças com deficiência com limitação motora em uso de dispositivos de mobilidade motorizada se revelam melhores na capacidade e desempenho de atividades, impactando positivamente suas participações nos seus contextos de vida. Já em relação às CRM, Bray *et al.* (2014) citam que elas parecem oferecer vantagens na minimização da necessidade de assistência do cuidador; melhoria do desenvolvimento da comunicação, no aspecto pessoal-social e de cognição; e na atividade de mobilidade melhorada e movimentos independentes.

Diante da evolução das concessões das 1.655 CRM no âmbito do SUS para adolescentes de 12 a 14 anos no período analisado (2013 - 2023), percebe-se uma tendência crescente até 2019 e, posteriormente, houve uma decaída nas concessões destes dispositivos, visto ser o período da pandemia da Covid 19.

Uma quantidade anual de quase seis CRM concedidas por unidade federativa é considerada pequena, diante do número nacional de adolescentes nesta faixa etária analisada que pode se beneficiar deste instrumento facilitador de inclusão social. Talvez o desconhecimento de profissionais (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos) que lidam com a prescrição de órteses e próteses e meios de locomoção no âmbito do SUS possa ter afetado este desfecho, ou, simplesmente, a não necessidade de prescrição do instrumento aos usuários no âmbito do SUS. Associado a isto, o provável desconhecimento dos familiares das crianças e adolescentes com deficiência e sociedade em geral quanto a dispensação deste equipamento no âmbito do SUS, potencializa mais as barreiras de acesso a este facilitador de funcionalidade humana. A burocracia e erros de referência e contrarreferência dos níveis assistenciais do SUS da RCPD podem atenuar o processo de concessão de CRM no país.

No demais, o período de ascensão das concessões de CRM pode ser tensionado ao descrito por Saldanha *et al.* (2022) em que destacam a ocorrência de uma transformação na matriz do cuidado à saúde das pessoas com deficiência no país, por meio do Plano Viver sem Limite e da instituição da RCPD. Essa transformação foi favorecida “pela agenda prioritária estabelecida e o aporte financeiro que possibilitou a indução de ações em rede e centradas na complexidade social inerente ao viver a vida enquanto pessoa com deficiência” (Saldanha *et al.*, 2022, p. 29).

Nessa vertente, sabe-se que o núcleo (referência) da atenção ambulatorial especializada em reabilitação da RCPD é o Centro Especializado em Reabilitação (CER), local onde as ações de diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção acontecem. Eles são habilitados de acordo quanto ao número de modalidades de assistência aos tipos de deficiência (física, auditiva, visual e intelectual). Desta forma há o CER II (duas modalidades de assistência), CER III (três modalidades de assistência) e CER IV (quatro modalidades de assistências) (UNA-SUS/UFMA, 2017).

Na evolução quantitativa de CER modalidade física no Brasil, no período de 2012 a 2017, houve um aumento de 73,9%, passando de 165 para 287 unidades ao final de 2017 (Aguiar, 2018). Acredita-se que tal fato, implique no favorecimento do aumento de concessões de CRM a adolescentes de 12 a 14 anos no país. Outra situação que pode influenciar a crescente concessões de CRM foi a quantidade de profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nos serviços relacionados ao SUS. Estes profissionais são responsáveis pela sua prescrição. Segundo Gomes *et al.* (2023), em 2007, apresentou o registro de 36.776 profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS. Desses, 61,5% eram fisioterapeutas, 23,0% fonoaudiólogos e 15,5% de terapeutas ocupacionais. Em 2019, o número de profissionais quase triplicou e chegou a 99.703 profissionais assim distribuídos: 68,4% fisioterapeutas, 20,3% fonoaudiólogos e 11,3% terapeutas ocupacionais (Gomes *et al.*, 2023).

A pandemia da Covid 19 teve um impacto em muitos aspectos da vida cotidiana, incluindo o acesso aos serviços de saúde. Durante esse período, houve uma série de desafios que afetaram a disponibilidade e a menor concessão de órteses, próteses e materiais auxiliares à população brasileira por meio dos CERs. Conforme apresentado por Suda *et al.* (2023), na comparação entre 2019 e 2020 houve uma redução de 33,3% no número total de procedimentos dos CERs, ou seja, perda de 178.700,33 procedimentos mensais. As maiores perdas passaram pela dispensação de órteses, próteses e materiais especiais. Desta forma, as CRM indicadas para adolescentes de 12 a 14 anos compuseram esse quantitativo reduzido, visto que houve uma redução de 41% nas concessões entre 2019 e 2020.

No plano regional brasileiro, as concessões de CRM para adolescentes de 12 a 14 anos no âmbito do SUS, a Região Sudeste foi a maior concessionadora de CRM, seguido pela Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte respectivamente. As diferenças do número de concessões entre as regiões apenas não apontaram diferenças significativas ($p > 0,05$) quando comparadas as Regiões Norte com Centro – Oeste, Centro – Oeste com Nordeste e Sudeste com Sul.

Segundo o estudo de Stopa *et al.* (2017), a partir dos dados obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, há uma distribuição desigual entre as regiões do país, onde destacam vários índices de desigualdades geográficas e sociais no que concerne ao acesso e uso dos serviços de saúde. Os autores ainda relatam que é possível observar que as Regiões Sudeste e Sul apresentam melhores condições de vida e maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH).

Além desses índices citados anteriormente, o MS (BRASIL, 2023) cita que a Região Sul possui um total de 23 (8,4) CERs e Oficinas Ortopédicas, sendo o estado do Rio Grande do Sul o que mais possui este estabelecimento (13) e o que mais disponibilizou CRM para adolescentes entre 12 a 14 anos nos últimos 10 anos, totalizando 320 concessões. No estudo de Barbosa *et al.* (2015), destaca-se a região Sudeste, que é formada pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, como a mais rica do país, respondendo por mais da metade do PIB nacional, essa região concentra 35,4% dos CERs brasileiros, sendo a maior região com concentração de CERs no país e a maior região das concessões de CRM, totalizando 687. Não o bastante, a Região Sudeste e a Sul apresentam as maiores concentrações de profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais por 100.000 habitantes, inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como atuantes no SUS entre 2007/2019 (Gomes *et al.*, 2023). Acredita-se que esse fato pode facilitar o acesso às CRM no âmbito do SUS.

Assim, a evolução da concessão de CRM pode variar dependendo da infraestrutura de saúde local, demanda e recursos disponíveis. Nesse contexto, a região Norte é a maior Região do Brasil e apresenta desafios únicos devido a sua vasta extensão territorial, baixa densidade populacional e condições geográficas, como rios e florestas, que podem dificultar o acesso a serviços essenciais. Segundo o MS (BRASIL, 2012), a Região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no país, enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), que é sete vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do país (7,1/1000). Desta forma, as menores proporções de centros e de concessões de CRM, segundo o MS foram observadas na região Norte do país. Nela observa-se 11,3% dos CERs e Oficinas Ortopédicas distribuídos por sete estados totalizando 35 concessões de CRM no período de janeiro de 2013 a setembro de 2023 (BRASIL, 2023).

Segundo Rocha (1995), na Região Nordeste também apresenta desigualdades econômicas, onde há níveis alarmantes de incidência de pobreza, o que influencia na desigualdade regional da pobreza. Isso pode resultar em diferenças no acesso a serviços de saúde e assistência, incluindo equipamentos de mobilidade e infraestrutura limitada, destacando-se as desigualdades educacionais, podendo impactar o conhecimento e a capacidade de buscar assistência médica e equipamentos adequados. Segundo o MS (BRASIL, 2023) a Região Nordeste possui 33,2% dos CERs e Oficinas Ortopédicas do Brasil e é a terceira maior região a ter níveis de concessão de CRM, porém no estado de Rio Grande do Norte, a níveis preocupantes visto que no período de janeiro de 2013 a setembro de 2023 não foram concedidas nenhuma CRM, mesmo possuindo 12 CERs e Oficinas Ortopédicas, da mesma maneira no estado do Sergipe onde não houve nenhuma concessão de CRM. Já no estado de Pernambuco e Alagoas foram concedidas 62 CRM, sendo os dois estados que mais concederam CRM a adolescentes de 12 a 14 anos na região.

É relevante notar que a região Centro-Oeste do Brasil, apesar de ser considerada uma das mais planejadas em termos de indicadores sociais, apresentou a segunda menor concessão de CRM para adolescentes de 12 a 14 anos no período de janeiro de 2013 a setembro de 2023. Isso sugere que a concessão de CRM pode ser influenciada por uma série de fatores que vão além do desenvolvimento econômico e social. Alguns dos fatores que podem influenciar a concessão de CRM incluem: “Demanda e Necessidade”. A demanda por CRM pode variar de acordo com as necessidades específicas da população em diferentes regiões, a região Centro – Oeste pode ter uma menor demanda nesse grupo etário específico. Assim como números de CERs totalizando 11,6%, sendo Goiás o estado que mais possui CERs e o estado que mais disponibilizou CRM, observa-se também que o estado de Mato Grosso que possui 8 CERs ofertou no período de uma década, nove CRM para adolescentes de faixa etária entre 12 a 14 anos (BRASIL, 2023).

O estado do Rio Grande do Sul e São Paulo, foram os que mais concederam CRM no país a adolescentes de 12 a 14 anos no período analisado. Conforme Santos *et al.* (2017), a RCPD no estado do Rio Grande do Sul expandiu ano a ano na tentativa de oferecer maior e melhor assistência à saúde, aos mais de 800 mil gaúchos com deficiência física. Os onze CERs presentes naquele momento no estado facilitam uma frequência maior de concessões de órteses, próteses e materiais de locomoção no período Pós-Plano Viver sem Limite em relação ao período Pré-Plano. Já o estado de São Paulo, historicamente, conforme apresentado por Barroso *et al.* (2022), apresenta uma RCPD forte e efetiva, onde o estado tem se organizado na construção de CER, mas buscado identificar diversos pontos da rede que realizam ações de cuidados à pessoa com deficiência e estruturado uma rede que também os englobe.

No geral, o Brasil concede por meio do SUS, a CRM à população com deficiência com limitação motora sem um custo financeiro direto para o usuário. Entretanto é necessário que a pessoa acesse o CER referência do seu território de saúde, por meio do encaminhamento do serviço municipal de reabilitação. Para receber a CRM é critério não conseguir manobrar uma cadeira de rodas manual de forma independente. No CER, a pessoa será avaliada por profissionais habilitados e capacitados quanto a sua condição clínica, avaliação física, cognitiva, auditiva, visual e ambiental para conclusão da real viabilidade de uso do equipamento (BRASIL, 2013).

Em outros países, a forma de concessão de CRM se difere a do Brasil. No Canadá o sistema de saúde - *Canada Health Act* - é universal, porém não totalmente gratuito. Cobranças aos cidadãos podem ser realizadas para cobrir o sistema de saúde. Há cobertura para pessoas com deficiência de certas Órteses, Prótese e Materiais Especiais (OPME) contidas em um catálogo com valores já definidos. Os beneficiados vão até um prestador de serviço com a prescrição da OPME por um profissional oficial do sistema de saúde. Há a validade da prescrição e o beneficiado recebe o produto prescrito. As OPME são categorizadas em grupos, onde para aquelas com valores pré-definidos, não há necessidade de autorização prévia do Sistema canadense de saúde. Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é praticamente conduzido por planos privados. A participação pública de seguro saúde – Programas *Medicare* (assistência à saúde) e *MediCaid* (assistência farmacêutica) - abarca 34% do povo americano (pessoas com baixa renda e veteranos de guerra), onde nesses programas a concessão de OPME são preestabelecidas e tem 80% do valor custeado pelo governo. Recentemente houve mudança procedimental, com licitações de fornecedores e compra destes produtos pela gestão dos programas, cuja responsabilidade são dos estados da federação. Na Espanha, o sistema de saúde é universal e gratuito. O Decreto Real nº 1.030, de 15 de setembro de 2006 aponta o grupo de serviços comuns executável pelo Sistema Nacional de Saúde, onde há uma listagem comum para a concessão de OPME. Cada Comunidade Autônoma (CA) (estado) espanhola propõe esta concessão, onde a forma para a sua obtenção são definidas por elas que tem locais responsáveis para conceder e adaptar as OPME, que podem ser estatais ou privados. O Sistema Nacional de Saúde paga as OPME listadas no catálogo comum e define os valores máximos a serem repassados. Na oportunidade da CA dispensar OPME que está fora do catálogo comum, ela a financiará 100%. Já na Inglaterra, o Sistema Nacional de Saúde é público, e na sua maioria é gratuito. Nele há parceria público privada na gestão em saúde. A concessão de OPME transpassa pelo serviço de Atenção Primária a Saúde, o qual encaminha para o serviço de referência (público ou privado), conforme o caso e região. O Sistema de Saúde inglês cobra tarifas diretamente aos usuários de acordo com o tipo de OPME, que podem ser vendidas, alugadas ou emprestadas. Há possibilidades de realizar empréstimos para arcar com a sua compra ou buscar ajuda em instituições filantrópicas (SENADO FEDERAL, 2023).

Evidências científicas apontam benefícios do uso de mobilidade motorizada de crianças e adolescentes com deficiência. Em sua revisão sistemática, Livingstone e Field (2014) fornecem dados de um ensaio clínico randomizado cujos desfechos citam impacto positivo no desenvolvimento geral e na mobilidade independente. Outros desfechos apontam que estudos observacionais sugerem que a mobilidade motorizada possui impacto generalizado e positivo na função e estrutura, atividade e participação humana, embora fatores ambientais tendenciam a influenciar a utilização da mobilidade motorizada e o desenvolvimento de competências humanas. Rosenberg *et al.* (2021) exploraram mudanças além da mobilidade após um acampamento de verão de mobilidade motorizada terapêutica (Power Fun) para crianças e adolescentes em idade escolar com paralisia cerebral grave, por meio da percepção de funcionários da escola. Os resultados demonstraram influência positiva imediata da mobilidade motorizada nas crianças e adolescentes que previamente não possuíam mobilidade independente. Após uma intervenção intensiva, alterações na iniciativa, na capacitação, nas relações sociais e no comportamento

fomentam a importância da mobilidade autogerada, não necessariamente se a independência ter sido alcançada. As crianças e adolescentes em idade escolar com paralisia cerebral grave pareceram beneficiar de uma intervenção intensiva de mobilidade motorizada em outras áreas que não as próprias competências de mobilidade. Outra pesquisa trouxe dados quantitativos do Power Fun, onde Rosemberg, Maeir e Gilboa (2021) apontaram que os 24 participantes com paralisia cerebral grave (com idades entre 7 e 20 anos) participaram do evento por três semanas, cinco dias/semana. Avaliações de habilidades de mobilidade motorizada e metas de mobilidade funcional foram realizadas três semanas antes do acampamento (T1), no início do estudo (T2), pós-intervenção (T3) e no acompanhamento de três semanas (T4). Uma análise de resultados de variância indicou melhorias significativas ($p < 0,001$) nas habilidades de mobilidade motorizada e nas metas de mobilidade funcional. Cerca de 70% das metas traçadas previamente foram alcançadas pós-intervenção.

Por fim destaca-se a importância da concessão de CRM à população que a necessita, com intuito de gerar maior independência e qualidade de vida a esta população com déficit importante de mobilidade, a qual não conseguem utilizar a cadeira de rodas com propulsão manual de maneira autônoma. Tal fato contribui positivamente para a participação de atividades escolares, sociais e laborais.

CONCLUSÃO

A trajetória das concessões de CRM aos adolescentes de 12 a 14 anos com deficiência, no qual possui limitação motora é crescente no país, embora pareça ser inadequada, e foi agravada com o período de pandemia da Covid 19. As Regiões Sudeste e Sul foram as que mais concederam CRM, e o Rio Grande do Sul e São Paulo foram as unidades federativas que mais concederam CRM. Acredita-se que a falta de disponibilização da CRM à população estudada oportuniza desfavoráveis níveis de participação, visto que a mobilidade, mesmo que motorizada é crucial para a participação ativa na sociedade, especialmente para pessoas com deficiência, e a falta de acesso a CRM no SUS pode impactar negativamente a funcionalidade humana nos vários contextos de vida (casa, escola, trabalho e áreas de lazer).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. do V. de. **Oferta de Serviços Especializados em Reabilitação no Âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Análise do Perfil dos Estabelecimentos e Cobertura Regional entre 2012 e 2017**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva. Brasília, 2018.

AOTA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ªed. Tradução do original publicado pela American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68 (Suppl.1), S1–S48. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>. Traduzido para o português por Alessandra Cavalcanti (UFTM), Fabiana Caetano Martins Silvame Dutra (UFTM) e Valéria Meirelles Carril Elui (FMRP - USP); autorizada para publicação em português. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**; jan. - abr. 2015; 26 (ed.esp.): 1-49.

AYRES, M. *et al.* **BioEstat. Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas**. Belém, Pará, Brasil, 5ª edição, 2007. Disponível em: <https://mamiraua.org.br/downloads/programas/>. Acesso em junho de 2024.

AZEVEDO, M. R. B.; CARVALHO, G. B. de; LIRA, J. Antropometria aplicada à cadeira de rodas motorizada disponibilizadas pelo SUS. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.17, n.48, jul./set. 2020. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1330/u2020v17n48e1330>. Acesso em: 27/11/23.

BARBOSA, M. *et al.* A relação entre pobreza e degradação ambiental no Brasil sob a ótica dos indicadores PIB/IDH. **Semioses Revistas Científicas**, [s. l.], 27 set. 2015. Disponível em: <https://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/Semioses/article/view/998/0>. Acesso em: 27/11/23.

BARROSO, R. B. *et al.* A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência de São Paulo. In: **Redecin Brasil: o cuidado na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência nos diferentes Brasis**.

Organizadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Arthur de Almeida Medeiros e Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.272, de 25 de Julho de 2013. Inclui procedimentos de cadeiras de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde**. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html. Acesso em 30/11/2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 7.612, de 17 de Novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em 30/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 25 de abril de 2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 30/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIGTAP. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Procedimento: 07.01.01.022-3 - Cadeira de Rodas Motorizada Adulto ou Infantil, 2023. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0701010223/11/2023>. Acesso em 30/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços habilitados em todo território nacional. Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/cer>. Acesso em 30/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.116, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em 30/11/2023.

BRAY, N., NOYES, J., EDWARDS, R. T. *et al.* Wheelchair interventions, services and provision for disabled children: a mixed-method systematic review and conceptual framework. **BMC Health Serv Res**, v. 14 (309), 2014. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-309>

CARO, C. C.; CRUZ, D. M. C. da. A mobilidade funcional com cadeiras de rodas em sujeitos com lesão medular. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 4, p. 1133–1150, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1984>

CARO, C. C.; CRUZ, D. M. C. da. Treinamento de habilidades com cadeiras de rodas manuais: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 2, p. 661-681, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1863>

DATASUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qbuf.def>. Acesso em junho de 2024.

GOMES, S. M.; MIRANDA, G. M. D.; SOUSA, F. de O. S. Reabilitação física/funcional no Brasil: análise espaço-temporal da oferta no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 373–383, 2023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.09112022>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Pessoas com Deficiência 2022**. Divulgação dos Resultados Gerais. 2023. Disponível em:

https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf. Acesso em: 30/11/2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Ciclos de Vida. Brasil**. Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 30/11/2023.

LIVINGSTONE, R.; FIELD, D. Systematic review of power mobility outcomes for infants, children and adolescents with mobility limitations. **Clinical Rehabilitation**, 28(10):954-964, 2014. <https://doi.org/10.1177/0269215514531262>

LEITE, H. R. *et al.* Sistemas de Classificação da Paralisia Cerebral e Trajetórias de Desenvolvimento em Diferentes Domínios de Funcionalidade. In: **Intervenções para crianças e adolescentes com paralisia cerebral: raciocínio clínico para a tomada de decisão baseada em evidência**. Org. Hércules Ribeiro Leite, Ana Cristina Resende Camargos, Rejane Vale Gonçalves - 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2024.

LONGO, E. *et al.* Mobilidade motorizada precoce. In: **Fisioterapia neuropediátrica: abordagem biopsicossocial**. Eloisa Tudella; Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga [Orgs]. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – 1. ed., 1. reimpre. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: https://www.assistiva.com.br/CIF_Classifica%C3%A7%C3%A3o_Internacional_de_Funcionalidade.pdf. Acesso em 30/11/2023.

RESNA - Rehabilitation Engineering & Assistive Technology Society of North America. **Position on the Application of Power Mobility Devices for Pediatric Users**. Novembro de 2017. Disponível em: https://www.resna.org/Portals/0/Documents/Position%20Papers/RESNA%20Ped%20Power%20Paper%2010_25_17%20-BOD%20approval%20Nov2_2017.pdf. Acesso em 30/11/2023.

ROCHA, S. Governabilidade e pobreza - o desafio dos números. **Texto para Discussão, IPEA**, n. 368, 1995. Disponível em: https://portaltantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0368.pdf. Acesso em 30/11/2023.

ROSENBERG, L.; MAEIR, A.; GILBOA, Y. Evaluating a Therapeutic Powered Mobility Camp for Children with Severe Cerebral Palsy. **Can J Occup Ther**. Dec, 88(4): 294-305, 2021. <https://doi.org/10.1177/00084174211034938>

ROSENBERG, L. *et al.* Effects of a Powered Mobility Summer Camp as Perceived by School Staff: A Qualitative Study. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**. 18(6): 783-90, 2021. <https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1923840>

SALDANHA, J. H. dos S. *et al.* O cuidado à saúde das pessoas com deficiência: conceitos, evolução histórica e perspectivas. In: **Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis** / Organizadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Arthur de Almeida Medeiros e Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

SANTOS, C. C. *et al.* Concessão de cadeira de rodas motorizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – Tecnologia que oportuniza maior funcionalidade às pessoas com deficiência. **Anais do II Simpósio Internacional de Tecnologia na Reabilitação: Neuropediátrica Anais...** São Paulo (SP) USP, 2021.

SANTOS, C. C. *et al.* Política pública, deficiência física, concessão de órteses, próteses e meios de locomoção no Rio Grande do Sul: período pré/pós Plano Viver sem Limite. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente** • Aracaju, v. 5, n.3, p.17 - 26 • Jun. 2017. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2017v5n3p17-26>

SASSAKI, R. K. Implicações do paradigma da inclusão para o emprego de pessoas com deficiência. In: ABRANCHES, C. **Inclusão dá trabalho**. Belo Horizonte: Armazém de Idéias, p. 82-110, 2000.

SENADO FEDERAL (COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS). **Relatório de Avaliação de Política Pública. 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, DF, 10 de dezembro de 2023. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9529796&ts=1702985955316&rendition_principal=S&disposition=inline.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C.N. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saúde Pública**, v. 51, Supl 1:3, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>

SUDA, B. T. R. *et al.* Specialized Rehabilitation Centers (CER) in the SUS and the impact of the covid-19 pandemic **Revista de Saúde Pública**, v 57, suppl 1 9s. 26 May. 2023. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004807>

SÚMULA DO PROGRAMA "VIVER SEM LIMITE": Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Cadernos CEDES**, v. 93, pág. 263–266, maio de 2014. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622014000200008>

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.** Ana Emília Figueiredo de Oliveira; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2017.