



Conhecimento dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde sobre a assistência prestada às pessoas com lesão medular : um estudo exploratório

Jéssica Silva de Oliveira¹; Monique Pfeifer Rodrigues da Silva²; Lorena Marques de Melo Santiago¹

¹ Instituto Santos Dumont

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte

e-mail correspondente da autora: jessica.silvaoliveiraw@gmail.com

Palavras-chave

Atenção primária à saúde;
pessoas com deficiência;
serviços de reabilitação.

Keywords

Primary health care;
disabled people;
rehabilitation services.

Resumo: A assistência em saúde às pessoas com lesão medular na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental, já que é a coordenadora do cuidado e a porta de entrada preferencial da rede. Contudo, os serviços de reabilitação ainda são alocados como o centro da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência. Torna-se importante estudos que ressaltem o papel dos outros pontos dessa rede e contribuam com uma assistência em saúde articulada e sensível às demandas desse público. O presente estudo objetivou investigar o conhecimento dos profissionais da APS, sobre a assistência à saúde prestada às pessoas com lesão medular nesse âmbito, em Macaíba, Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem mista. Foi utilizado um questionário semiestruturado para coleta de dados, participaram 20 profissionais da APS do município. Os dados passaram por análise de conteúdo e emergiram as seguintes categorias: 1) Rede; 2) Ambiente; 3) Organização e Trabalho na Saúde; 4) Apoio Social; 5) Fortalecimento da Comunicação; 6) Estratégias Educacionais. Como principal achado, notou-se que os profissionais da APS apresentam um conhecimento incipiente sobre a assistência a esses usuários na APS e pouca compreensão acerca das barreiras e facilitadores existentes no cuidado às pessoas com lesão medular no território. Foi possível observar fragilidade na comunicação entre os serviços da rede. É necessária a realização de atividades de educação permanente em saúde sobre a lesão medular e demais temáticas estruturantes relacionadas à deficiência, o que pode refletir na qualificação e assistência adequada a essas pessoas.

Abstract: Health care for people with spinal cord injury in Primary Health Care (PHC) is fundamental, as it is the coordinator of care and the preferred gateway to the network. However, rehabilitation services are still allocated as the center of the Care Network for People with Disabilities. Studies that highlight the role of other points in this network and contribute to articulated health care that is sensitive to the demands of this population are important. This study aimed to investigate the knowledge of PHC professionals regarding health care provided to people with spinal cord injuries in this context, in Macaíba, Rio Grande do Norte. This is an exploratory study, with a mixed approach. A semi-structured questionnaire was used for data collection, with the participation of 20 PHC professionals from the municipality. The data underwent content analysis and the following categories emerged: 1) Network; 2) Environment; 3) Organization and Work in Health; 4) Social Support; 5) Strengthening Communication; 6) Educational Strategies. The main finding was that PHC professionals have incipient knowledge about care for these users in PHC and little understanding of the barriers and facilitators that exist in the care of people with spinal cord injuries in the territory. Weaknesses in communication between the network services were observed. It is necessary to carry out ongoing health education activities on spinal cord injuries and other structural themes related to disability, which may reflect in the qualification and adequate care for these people.



 [10.25061/2527-2675/ReBraM/2026.v29i2.2566](https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2026.v29i2.2566)

Introdução

Podemos entender Lesão Medular (LM) enquanto o acometimento à estrutura do canal medular (cone medular, medula e cauda equina), que pode causar alterações motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas. Os impactos motores e sensitivos dependerão das características da lesão, isto é, nível neurológico, lesão completa ou incompleta e sua simetria (Brasil, 2013).

Associado a isso, podem manifestar outras situações de saúde: dor neuropática (sensação desconfortável de forte intensidade); alterações músculo-esqueléticas (ossificação em tecidos moles e osteoporose); alterações vasculares; hipotensão postural (tonturas, visão embaçada); disreflexia autonômica (alterações no controle de sudorese, batimentos cardíacos e pressão arterial); bexiga e intestino neurogênicos (falta de controle da bexiga e intestino); lesão por pressão; espasticidade (aumento do tônus muscular); e alterações na função sexual (Brasil, 2013).

A LM pode apresentar causas de origem não-traumática e traumática, esta compõe a maioria dos casos, produzida por: acidentes de trânsito, ferimento por arma de fogo ou branca, quedas, mergulho em águas rasas, acidentes de trabalho ou de prática de esporte. De acordo com a pesquisa de Venturini, Decesaro e Marcon (2006), a população mais afetada é formada por jovens do sexo masculino e com baixa escolaridade.

Esses achados podem corroborar com a representação do lugar que os homens ocupam na nossa sociedade, os quais desvelam valores e expressões das relações desiguais de gênero. As manifestações de violência no Brasil mostram uma relação próxima entre masculinidade e violência como produto de uma sociedade cujo patriarcado está estruturalmente enraizado, inclusive em comportamentos e práticas que geram graves danos à saúde física, psíquica e social para eles e para os outros (Njaine et. al, 2014).

Essa correlação revela-se também nas estatísticas. Em média, 91,4% das mortes violentas intencionais vitimam homens, enquanto 8,6% vitimam mulheres, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023). Os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) mostram que, em 2017, ocorreram 182.838 internações nos estabelecimentos de saúde por acidentes de trânsito, 78,2% das vítimas eram homens (Brasil, 2019).

Além desse recorte de gênero, é essencial refletir sobre a determinação social do processo saúde-doença na LM, principalmente na produção das iniquidades de saúde gestadas e impulsionadas pela lógica da ordem societária vigente. Conforme Silva e Bicudo (2022), nessa concepção também estão compreendidos os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais, implicando estruturalmente nas formas de adoecer, de acesso à saúde (em seu sentido ampliado) e de morrer da população.

Por conseguinte, destacamos as expressões da questão social que podem perpassar a vida das pessoas com essa condição de saúde, como a vulnerabilidade social, o uso abusivo de substâncias psicoativas, a violência e a exposição a riscos e agravos à saúde. O que, em contrapartida, poderiam ser prevenidos ou minimizados, através de políticas e ações governamentais que reduzam ou eliminem iniquidades em saúde, por acesso à educação de qualidade, a saúde integral, a transporte seguro, a distribuição de renda e a emprego com direitos trabalhistas e previdenciários plenamente estabelecidos.

Diante do exposto, sabendo que a LM é atravessada por complexidades, que interferem em fatores sociais, psicoemocionais e biológicos dos sujeitos, é inegável a importância da reabilitação nesse percurso. Apesar dos limites, a reabilitação consegue realizar um trabalho com aspectos educacionais, sociais e terapêuticos no qual a Pessoa com Deficiência (PcD) pode restabelecer ou criar recursos para retomar as suas atividades, a partir de um trabalho integrado entre diversas áreas profissionais (de Martini, 2011).

No processo de reabilitação do paciente com lesão medular é importante que se construa um cuidado pautado em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar, desenvolvendo ações com foco no respeito à individualidade e a autonomia, escuta e estabelecimento de vínculo, objetivando em seu cotidiano, a busca pela integralidade do cuidado e a produção de uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos (Brasil, 2013, p.58).

Ao passo em que a pessoa com LM pode demandar intervenções especializadas em Centros de Reabilitação, o seu acompanhamento pode acontecer em paralelo com a Atenção Primária à Saúde (APS).

É imprescindível essa atuação conjunta, inclusive com outras áreas: como assistência social, educação e justiça. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), temos a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), dispondo dos componentes: APS, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência. A APS conta com acesso a cuidados de saúde abrangentes; vigilância em saúde; promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos; assistência, práticas de reabilitação e cuidados paliativos, por meio de atenção integral e cuidado multiprofissional; e atenção e cuidados relacionados à saúde bucal.

O documento Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular enfatiza isso, ao enunciar que usuários com LM devem ser atendidos e acompanhados por profissionais da APS e direcionados, se necessário, aos demais pontos de atenção. Para garantir esse cuidado integral, as equipes de APS se somam aos centros de reabilitação, centros de especialidades e as equipes de Atenção Domiciliar, para ampliar a resolutividade (Brasil, 2013).

Além de ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), enquanto coordenadora do cuidado e porta de entrada prioritária do SUS, a APS é a responsável pelo estabelecimento do primeiro contato dos indivíduos com os cuidados em saúde, oferecendo atendimento a todas as condições de saúde, salvo as incomuns ou raras (Silveira; Hoffman, 2021).

Resultante do Programa de Saúde da Família (1994), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge em 2006 como nova estratégia prioritária de construção da APS no Brasil. Não obstante à contenção de gastos públicos e racionalização dos serviços que sofre com o avanço da mercantilização da saúde, a ESF democratiza o acesso e contribui na articulação do controle social e no processo de descentralização da política de saúde, e também deve articular suas ações em outros níveis de complexidade (Hoffman, 2011).

Esse nível de complexidade é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da PcD, especialmente no que diz respeito à circulação e participação social, na concepção de inclusão e dos direitos. Todavia, segundo Othero e Dalmaso (2009), isso ainda é pouco desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Essas autoras argumentam que a APS deve ter um olhar além do aspecto orgânico da deficiência, compreendendo o contexto histórico-social e as dimensões subjetivas da PcD. Por esse ângulo, ela “representa o espaço institucional específico para ações que não estão relacionadas somente à esfera biológica das patologias, além de permitir uma ampliação da cobertura assistencial” (Othero; Dalmaso, 2009, p. 79).

O reconhecimento do corpo com deficiência enquanto expressão da diversidade humana é um debate recente e ainda um desafio para as sociedades democráticas e para as políticas públicas, tal como, o atendimento das demandas, interpretada a partir dos direitos humanos (Diniz; Barbosa; Santos, 2009). Diante disso, é imprescindível estreitar as relações de comunicação e articulação entre os três níveis de complexidade de atenção à saúde da PcD, como preconiza a RCPD, visando a integralidade da assistência, imprescindível para um bom desempenho do SUS, acessível e inclusivo.

O interesse pelo estudo está relacionado às demandas levantadas a partir da experiência prática de atividades prestadas para o público de PcD e também profissionais do SUS do município de Macaíba (RN). À vista disso, o presente estudo teve como objetivo investigar o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, sobre a assistência à saúde prestada às pessoas com lesão medular nesse âmbito, em Macaíba, Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, que tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, ao ponto de aprimorar ideias e explorar determinado tema, como explana Gil (2008). Optou-se por uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa), que envolve a obtenção tanto de informações numéricas, como de informações de texto, de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas (Creswell, 2007).

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Macaíba, Rio Grande do Norte, Brasil, que possui uma população estimada em 82.249 habitantes. Macaíba abrange uma Rede de Atenção à Saúde estruturada em 28 equipes de ESF, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) consultado em janeiro de 2024, além do Centro Especializado em Reabilitação do Instituto Santos Dumont (CER ISD).

Os participantes foram selecionados por conveniência (Gil, 2008), na qual qualquer profissional de saúde atuante na ESF dessa cidade poderia ser incluído na amostra. Efetivamente, participaram as seguintes categorias: 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 médicos e 13 enfermeiros, contabilizando um total de 20 participantes, de 16 ESF diferentes.

Para tanto, elaborou-se um questionário semiestruturado, contendo 17 questões, sendo 5 abertas e 12 fechadas. O instrumento foi construído segundo experiência profissional e revisão de literatura. Ele pretendia levantar o perfil dos participantes, identificar barreiras e

facilitadores no atendimento às demandas de usuários com LM no território, elencar as atividades desenvolvidas para atender as necessidades básicas desses sujeitos, o que constituíam objetivos específicos da pesquisa. Além disso, o instrumento também pretendeu conhecer como os participantes avaliavam a comunicação entre os serviços municipais de atenção primária e atenção especializada às PcD.

A aplicação se deu através de preenchimento pela plataforma Formulários Google. A coleta de dados deu-se no período de setembro a novembro de 2023, em dois formatos, buscando facilitar a participação de profissionais interessados em colaborar com a pesquisa: 10 participaram remotamente, através de link enviado pelo *Whatsapp*, e 10 participaram presencialmente, no CER ISD, por se tratar de organização que sediava momentos de educação permanente em saúde e articulação da rede de saúde local regularmente. Na ocasião presencial estavam participando de ação de educação permanente que não tinha como conteúdo a LM.

Os dados foram armazenados em nuvem, com drive de acesso restrito. Eles foram organizados e analisados através da análise de conteúdo categorial de Bardin (1977), em que o material foi explorado pela codificação de palavras e frases presentes no texto frequentemente, inferindo uma categoria que as representassem, em núcleos de sentido.

Na fase de pré-análise, o material foi organizado no Google Documentos com o conteúdo das respostas do questionário. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante para conhecer o texto e demarcar o que seria analisado, alguns foram suprimidos, quando a informação não tinha clareza nas respostas, como é descrito especificamente em resultados.

Ao explorar o material, o processo de codificação foi operacionalizado pelas pesquisadoras de maneira manual. Ou seja, foi realizada a leitura aprofundada do corpus textual, atribuindo comentários às palavras ou frases, em forma de códigos (unidades de significação), das unidades temáticas centrais (barreiras/facilitadores/comunicação). Depois disso, os códigos foram agrupados em subcategorias (Quadros 1, 2 e 3), realizando a contagem da frequência com a qual apareciam no texto.

As categorias emergiram a partir dos discursos dos participantes, foram estruturadas com base no referencial teórico e na discussão coletiva entre as pesquisadoras. Posteriormente, os elementos constitutivos (subcategorias) foram reagrupados em cada categoria, em razão de suas características comuns, com todo o conteúdo disposto em um quadro para cada unidade temática. Ao final, na etapa de tratamento dos resultados, as pesquisadoras utilizaram da análise reflexiva e crítica, para interpretar os achados.

Os participantes foram identificados com códigos (letra (P) de participantes) para que o anonimato fosse garantido. O estudo teve parecer favorável sob Nº 6.269.856, do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, obedecendo à Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Predominaram no estudo mulheres cisgênero (75%), seguidas de homens cisgênero (25%) e com ensino superior completo (45%). Em sua maioria, os participantes tinham de 20 a 40 anos de idade (75%), com tempo de atuação na saúde da família de até 4 anos (65%). No que concerne à especialização e capacitação profissional, 40% (8 profissionais) apresentaram especialização ou mestrado. Dos 20 profissionais, 7 residiam no território da sua área de atuação e 45% nunca assistiu pessoas com LM na APS.

Visando atender ao objetivo desta pesquisa, as pessoas foram questionadas quanto ao desenvolvimento ou participação de ação na ESF para o cuidado ou educação em saúde de pessoas com LM, caso respondessem que já prestaram assistência às pessoas com LM. Como dito acima, 55% afirmaram a participação em atividades nesse sentido, contudo, apenas um profissional respondeu que já realizou visita domiciliar com profissional médico(a), detalhando o que a pergunta requiritava.

No intuito de apreender de que maneira pode acontecer a assistência aos usuários com LM em matéria de APS, a partir do conhecimento dos participantes sobre o impacto da LM nas diversas esferas, investigamos quais as condições ou situações consideravam relacionadas à LM e quais destas os profissionais se sentiam confortáveis ou aptos para lidar ou orientar, conforme Tabela 1. Nesta, os participantes tinham a opção de marcar ou não tais condições, se tratando de uma pergunta na modalidade caixa de seleção.

Tabela 1 - Perspectivas dos participantes sobre as repercussões da LM

Condições/situações	n (%)	n (%)
	Acredita estar relacionada à LM	Se sente apto para lidar ou orientar
Dor neuropática	11 (55%)	3 (15%)
Alterações musculoesqueléticas: ossificação em tecidos moles, fraturas e osteoporose	9 (45%)	2 (10%)
Alterações vasculares: trombose venosa	4 (20%)	4 (20%)
Hipotensão postural: tonturas, visão embaçada	5 (25%)	6 (30%)
Disreflexia autonômica: alterações no controle da sudorese, batimentos cardíacos e pressão arterial	6 (30%)	3 (15%)
Bexiga e intestino neurogênicos: falta de controle da bexiga e intestino	16 (80%)	3 (15%)
Espasticidade: movimentos reflexos involuntários	14 (70%)	1 (5%)
Disfunção sexual	7 (35%)	3 (15%)
Perda de força muscular/sensibilidade	15 (75%)	8 (40%)
Contraturas: encurtamento muscular	5 (25%)	0 (0%)
Lesão por pressão	7 (35%)	11 (55%)
Comprometimento respiratório	8 (40%)	1 (5%)
Questões psíquicas: ansiedade, depressão	7 (35%)	5 (25%)
Aumento do custo de vida	9 (45%)	3 (15%)
Necessidade de fornecimento de insumos do SUS: sondas, medicações e fraldas	10 (50%)	10 (50%)
Incapacidade temporária ou permanente para o trabalho	13 (65%)	3 (15%)
Utilização de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção	12 (60%)	3 (15%)
Nenhuma	-	3 (15%)

Fonte: elaborada pelas autoras.

As categorias resultantes da análise de conteúdo das perguntas abertas do questionário foram organizadas em três eixos: barreiras, facilitadores e comunicação. No levantamento das barreiras existentes no cuidado e educação em saúde de pessoas com LM na área, as categorias foram: Rede; Ambiente. Já em facilitadores existentes no cuidado e educação em saúde de pessoas com LM na área, as categorias foram: Organização e Trabalho na Saúde; Apoio Social. Nas sugestões de melhorias na comunicação entre a atenção primária e atenção especializada às PcD em Macaíba, as categorias foram: Fortalecimento da Comunicação; Estratégias Educacionais. Segue o detalhamento.

Barreiras existentes no cuidado e educação em saúde de pessoas com LM

A categoria Rede engloba principalmente as limitações e dificuldades que os profissionais acreditam existir na estrutura e organização dos serviços quando refletiram sobre a assistência prestada aos usuários com LM, totalizando 21 citações em subcategorias (54%). Em seguida, a categoria Ambiente, aborda o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida (OMS, 2004), nesse cenário, partindo de aspectos que são limitações no cuidado, totalizando 18 citações em subcategorias (46%), como demonstra o Quadro 1.

Nessa parte do questionário, três profissionais mencionaram a palavra “acesso” como barreira no cuidado/educação em saúde às pessoas com LM, sem a especificação dos impedimentos no acesso, os quais poderiam ser múltiplos (à informação e comunicação, aos produtos, serviços, atendimentos e tecnologias). Considerando isso, suprimimos esse dado no processo de codificação.

Quadro 1 – Barreiras a partir das categorias.

CATEGORIA REDE		
Subcategorias	Frequência	Exemplos de unidades de registros
Acesso limitado à educação permanente em saúde para profissionais	8	“Auxílio de um serviço especializado para nos ajudar quanto a essa orientação [...] e capacitação” (P9). “Ausência de capacitação dos profissionais de saúde para assistir adequadamente esses usuários” (P18).
Obstáculos no alcance aos serviços especializados	4	“inacessibilidade de profissionais especialistas na área (P2). “falta de acesso à serviços especializados em saúde” (P15).
Falta de acesso à tecnologia	3	“demora na autorização de exames e outras especialidades”. (P18)
Encaminhamentos	3	“encaminhamento para facilidade e agilidade no atendimento” (P9).
Políticas públicas para usuários	2	“a leniência seja do município seja do Estado em prestar serviços que ajudem essa população” (P20).
CATEGORIA AMBIENTE		
Subcategorias	Frequência	Exemplos de unidade de registro
Dificuldade de acesso ao transporte	5	“O fato de ser zona rural interfere no acompanhamento desses participantes” (P12). “dificuldade no acesso ao transporte público” (P18).
Ambiente físico inacessível	4	“Falta de acessibilidade nos espaços” (P15). “um ambiente físico que não é acessível” (P17).
Capacitismo nas interações cotidianas	4	“Preconceito” (P14). “barreiras atitudinais” (P15). “atitudes negativas das pessoas” (P17).
Falta de participação social	2	“falta de espaços de esporte e lazer” (P15). “falta de participação social” (P15).
Rede de apoio fragilizada	2	“rede de apoio fragilizada” (P15). “Carência de assistência por parte da família que cuida” (P20).
Renda limitada	1	“dificuldades socioeconômicas” (P15).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Aqui entendemos o conceito de barreiras fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como os fatores ambientais que, por meio da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade. Podem ser um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida (OMS, 2004).

No que tange a isso, os participantes relataram que a falta de conhecimento e informações sobre a condição de saúde é o que mais impacta diretamente a assistência prestada na área onde atuam. Este achado vai ao encontro do estudo de Amorim, Liberali e Neta (2018), o qual concluiu que ainda é notável a baixa qualificação dos profissionais da APS para as demandas de usuários com deficiência, o que requer espaços regulares de capacitação.

França *et al.* (2012) identificaram profissionais sem capacitação para dar assistência à pessoa com LM na APS, no seguimento da assistência após reabilitação. Esses resultados remontam à indispensabilidade da educação permanente em saúde em meio a RCPD, além de sua promoção ser uma diretriz de tal política, ela é uma estratégia político-pedagógica para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS (Brasil, 2018).

Da mesma forma, eles encontraram outros desfechos semelhantes aos nossos: dificuldades de encaminhamento/acompanhamento, número insuficiente de profissionais, agendamento de consultas em longo prazo e exames complementares morosos (França *et al.*, 2012). As barreiras encontradas no nosso estudo, representadas pelas categorias Rede ou Ambiente, dizem respeito à inacessibilidade em diversos aspectos de produtos, serviços e tecnologias em saúde.

Por conseguinte, devemos enfatizar que a legislação brasileira dispõe de um avançado mecanismo legal, além da RCPD, que é o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Ele assegura direitos a esse público em diferentes instâncias, por exemplo, disponibilização de transportes acessíveis, acessibilidade em todos os ambientes e serviços, atenção integral em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS (Brasil, 2015).

Apesar do significativo progresso, a nível normativo e operacional, vemos que as barreiras ainda se fazem presentes, justamente porque os direitos das PcD estão sendo negligenciados ou negados. Uma ampla fiscalização e destinação de recursos podem contribuir para o cumprimento das normas em vigor sobre as condições adequadas de acessibilidade nas esferas atitudinal, arquitetônica, tecnológica, de comunicação e transporte, que interferem no acesso desse público à saúde.

Nesse movimento, os profissionais da saúde podem ser agentes ativos, de forma que realize educação em saúde que combatam processos discriminatórios nos atendimentos, instituições e comunidades, por intermédio de um trabalho colaborativo e interprofissional. À semelhança disso, podem orientar a participação dos usuários nas diferentes instâncias de controle social, a fim de contribuir na fiscalização de políticas públicas, participação da sociedade e reivindicação de acessibilidade nos serviços prestados.

Na categoria Ambiente, os participantes também apontaram que a rede de apoio fragilizada é um fator que dificulta a assistência aos usuários com LM no território, o que pode preo-

nizar um maior apoio dos profissionais da saúde e da RCPD, com estratégias e readequações do trabalho nos territórios, considerando os contextos, no sentido de contribuir com o fortalecimento dos vínculos, realizar articulação intersetorial, quando necessário, e adequar suas orientações, linguagem e termos técnicos aos diversos contextos sociais, educacionais e culturais, facilitando a compreensão das orientações pelos usuários e suas famílias.

Na pesquisa de Aguiar e Moraes (2022), realizada com o público de PcD e seus familiares, os participantes relataram a negação da deficiência e superproteção da família como adversidades, no sentido de que famílias tendem ora a proteger demais as PcD, ora a negligenciar a deficiência e as limitações dela decorrentes, o que pode diminuir as possibilidades de participação social da PcD.

O capacitismo nas relações cotidianas é um dado importantíssimo que se materializou neste estudo por intermédio dos profissionais que responderam o preconceito, as barreiras atitudinais e atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, elucidando barreiras no cuidado em saúde à pessoa com LM. Havia a expectativa que esse tema fosse nomeado nas respostas, mas só quatro participantes o identificaram, pois pretendíamos investigar se os participantes traziam essa barreira no seu repertório profissional - ainda que não ocupe foco da pesquisa - para explicar especialmente as barreiras diversas na vida das PcD.

Essa é uma discussão fundamental, posto que as barreiras atitudinais potencializam as dificuldades no acesso de PcD aos serviços de saúde, como concluem outras pesquisas (Clemente et al., 2022; Silva; Ribeiro, 2020).

O capacitismo atravessa e está enraizado nas relações sociais, considerando a lógica do sistema capitalista, a qual busca a padronização de um corpo saudável, produtivo e funcional sob a lógica dos padrões culturais hegemônicos (CFESS, 2023). Dessarte, ele se concretiza como um sistema de opressão e discriminação sofrida pelas PcD, ampliando a desigualdade social experienciada por elas. Pensando nisso, é primordial que profissionais de saúde materializem em seu trabalho uma prática anticapacitista e que se oportunize às pessoas a manifestação da diversidade, favorecendo o acesso à saúde pelas PcD em igualdade de condição com as demais pessoas.

A temática participação da PcD nos espaços sociais também surgiu nas respostas, uma vez que mencionaram a falta de espaços de esporte e lazer no território, assim como a falta de participação social, como barreiras no cuidado à pessoa com LM. Acreditamos que sobre esse último tema, o participante dissertou acerca da participação das PcD na área do controle social, concebido como mecanismo de acompanhamento das ações estatais, para a execução das políticas sociais (Borges; STEIL, 2023). Um passo fundamental nessa direção foi a criação, em 1999, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) e os demais a níveis estadual e municipal.

Facilitadores existentes no cuidado e educação em saúde de pessoas com LM

Na categoria Organização e Trabalho na Saúde, os profissionais indicaram uma série de fatores que fazem parte do processo de trabalho em saúde que podem facilitar e contribuir com esse cuidado, totalizando 20 citações em subcategorias (83%).

Neste eixo também emergiu a categoria Apoio Social, que diz respeito ao acesso das PcD a informação e/ou auxílio material que reverberam em uma repercussão satisfatória na vida social e afetiva desses sujeitos, que podem partir da família, amigos e vizinhos (Holanda et al., 2015). Integrou 4 citações em subcategorias (17%), como consta no Quadro 2.

Durante a exploração do material, nessa parte do questionário também identificamos quatro respostas que não condiziam com a pergunta para serem codificadas, posto que tais participantes não souberam indicar facilitadores ou relataram que não existiam.

Quadro 2 – Facilitadores a partir das categorias.

CATEGORIA ORGANIZAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE		
Subcategorias	Frequência	Exemplos de unidades de registros
Profissionais da saúde	6	“os profissionais de saúde, a atenção domiciliar (médica, enfermeira e ACS)” (P15). “profissionais disponíveis a colaborar na melhoria da assistência” (P18).
Serviços de Saúde	5	“Boa interação de atenção básica com a alta complexidade” (P1). “Serviços e equipamentos adequados para atender os pacientes, unidade de saúde” (P18).
Ferramentas do trabalho em saúde	4	“orientações profissionais que sejam disseminados tanto ao paciente como ao seu familiar sobre o manejo de pacientes com lesão medular” (P10). “A visita domiciliar dos profissionais” (P17).
Ambiente físico	2	“ambiente físico” (P3, P4).
Educação permanente em saúde	1	“educação permanente para profissionais de saúde” (P6).
Dispensação de insumos	1	“dispensação de insumos básicos de forma regular” (P15).
Transporte sanitário	1	“Uma maior correspondência entre a família e o serviço de saúde do município, com auxílio de carros para levar para consultas, fisioterapias, entre outros” (P20).
CATEGORIA APOIO SOCIAL		
Subcategorias	Frequência	Exemplos de unidade de registro
Rede de apoio	3	“relações familiares e comunitárias” (P15). “Uma maior rede de apoio e cuidados para pessoas com lesão medular e os seus familiares que estão diariamente com eles, seja na disponibilidade de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros etc.” (P20).
Acessibilidade atitudinal	1	“Atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade” (P8).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Até o momento observamos que espaços sociais permeados por barreiras limitam a participação social das PcD, mas também produzem desigualdade no acesso aos serviços de saúde no território. Em contrapartida, também existem os facilitadores, entendidos como fatores ambientais que, por meio da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade da pessoa, através de ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas em relação à incapacidade, bem como serviços e sistemas políticos (OMS, 2004).

O presente estudo identificou que os profissionais da saúde são os principais facilitadores existentes na área, por meio da assistência que prestam a esse público, em visitas domiciliares, por exemplo. A organização do processo assistencial e o acolhimento efetivo desses sujeitos na APS, podem colaborar para que usuários com LM se sintam decerto assistidos e pertencentes ao seu território de saúde, tendo em vista que nesse âmbito é primordial o trabalho fundamentado em uma escuta qualificada, corresponsabilização do cuidado e construção/fortalecimento de vínculo.

Condessa *et al.* (2020) também identificaram em seu estudo que ter profissional para acolhimento é o principal facilitador ao acesso e deve ser foco de ações para melhorar a atenção à saúde das PcD.

A subcategoria Serviços de Saúde também apareceu em destaque na qualidade de facilitadores. Os participantes elencaram que uma boa interação entre os serviços, o acesso facilitado aos serviços de alta complexidade e atuação da APS são elementos que facilitam o cuidado no território. Afinal, uma distribuição equitativa de serviços de saúde no território, com base nas necessidades da população adscrita, colabora para uma atuação conjunta e pactuada desses equipamentos, os quais funcionando como preconiza o princípio da acessibilidade, pode propiciar um atendimento integral.

Em complemento a esses aspectos, também foi possível observar facilitadores relacionados a um ambiente físico acessível, concessão de transporte sanitário, dispensação regular de insumos e ferramentas do trabalho em saúde, como a educação em saúde sobre o manejo da LM e realização de visitas domiciliares. Resultados similares também foram observados por Condessa *et al.* (2020): troca de conhecimentos e informações por parte dos profissionais aos pacientes, acessibilidade física, fornecimento de materiais educacionais aos pais e cuidadores de pacientes, transporte e serviços relacionados a aspectos como fatores pessoais e custos.

Por fim, um elemento essencial no cotidiano das pessoas com LM também apareceu como facilitador, o apoio social, seja através da rede de apoio ou da acessibilidade atitudinal. Inclusive, relataram que deveria existir uma proposta de cuidado para cuidadores desses usuários, aspecto bem observado pelos participantes. Afinal, em algumas situações, a vida de familiares e cuidadores de pessoas com LM também podem sofrer impactos no sentido financeiro, laborativo e psicológico. No presente estudo, o direito ao cuidado é concebido como responsabilidade da rede de atenção à saúde e não uma atribuição exclusiva da família.

Os componentes da rede de apoio são relevantes para o acesso aos serviços de saúde, auxiliando na superação de barreiras existentes nesses serviços e nas dificuldades de deslocamento. Igualmente, a participação e a ampliação da rede de apoio social podem contribuir para retirar essas pessoas de situações de isolamento e diminuir a sobrecarga de cuidadores (Holanda *et al.*, 2015).

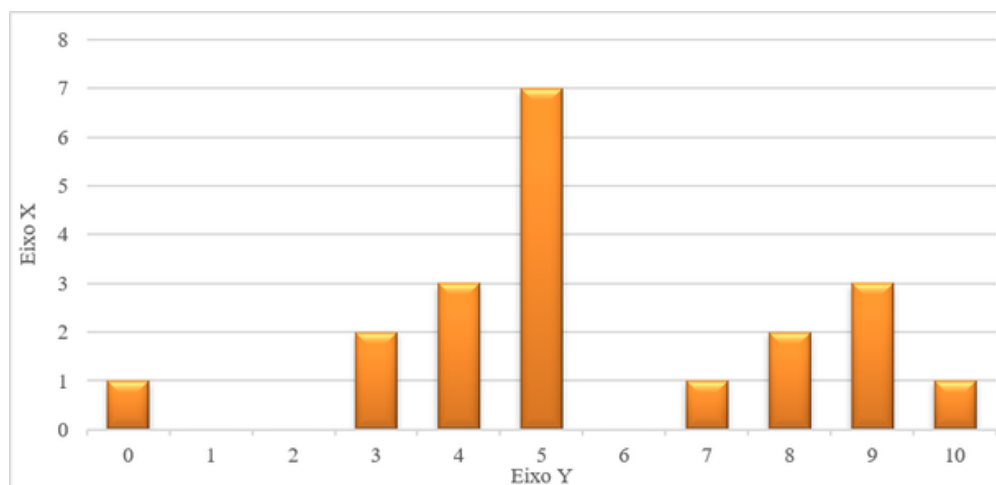
Esse eixo de facilitadores é, talvez, o mais prejudicado pelo formato online, pois uma série de respostas, ainda que importantes, não identificam pontos positivos já existentes no território. Observamos que a maioria dos profissionais mencionaram o que acreditavam que deveria existir de facilitadores numa perspectiva geral.

Melhorias na comunicação entre a atenção primária e atenção especializada às pessoas com deficiência

Sabendo que a atuação em rede é crucial para o atendimento das necessidades de pessoas com LM, procuramos compreender como os participantes analisavam a comunicação entre os serviços de atenção primária e atenção especializada às PcD do município. Responderam, em uma escala de 0 ("muito ruim") a 10 ("muito boa"), que é uma comunicação mediana, entre 4 e 5 (40%), levando em conta a Gráfico 1.

Gráfico 1 - Avaliação da comunicação entre serviços de saúde da RCPD.

Legenda: Eixo X: Escala de comunicação: de muito ruim a muito boa | Eixo Y: Quantidade de respostas.



Fonte: elaborado pelas autoras.

Considerando essa conjuntura, solicitamos que sugerissem melhorias para que essa comunicação fosse mais efetiva. O Fortalecimento da Comunicação, categoria de destaque, apareceu 9 vezes nas subcategorias, com 77% de citação. Outra estratégia que elencaram foram as Estratégias Educacionais, totalizando 3 citações nas subcategorias (23%), apontadas pelo Quadro 3.

Nesse eixo foram identificadas 10 respostas que não foram utilizadas na codificação, pois alguns participantes responderam que devem existir melhorias, mas não as apontaram. Outros não se consideraram aptos para responder quais melhorias poderiam ser realizadas, por serem novatos no serviço ou não forneceram respostas concernentes com o enunciado da pergunta ("Sim, atenção maior para esses casos", "Ainda não sou capaz de opinar. Novato no serviço", "Com certeza sim sim").

Quadro 3 – Comunicação da rede a partir das categorias.

CATEGORIA FORTALECIMENTO DA COMUNICAÇÃO		
Subcategorias	Frequência	Exemplos de unidades de registros
Canais e fluxo de comunicação estabelecidos	7	"Convocar a atenção básica a nível da equipe como enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem pois se a comunicação for apenas com a coordenação da atenção básica as informações não chegam até nós enfermeiros que estamos no dia dia com o paciente" (P6). "Sim, a definição de fluxos para os encaminhamentos adequados" (P8).
Realização da contrarreferência	2	"Sim, pois muitas das vezes não recebemos retorno da contrarreferência enviada" (P14). "Sentimos ainda a deficiência na contrarreferência dos pacientes à nossa ubx" (P18).
CATEGORIA ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS		
Subcategorias	Frequência	Exemplos de unidade de registro
Educação permanente em saúde	2	"mais cursos para nós nos especializamos nessa temática e ajudar mais pessoas" (P16). "Treinamento e capacitação com os profissionais das UBS (ESF)" (P17).
Educação em saúde	1	"Gostaria que esse assunto fosse trabalhado nas ESF, palestras com a comunidade" (P17).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Mediante o Gráfico 1 e o Quadro 3, é notória a fragilidade na comunicação entre os níveis da rede. Nessa oportunidade, retomaram a necessidade de educação permanente em saúde sobre a temática da LM e relataram que gostariam que o assunto fosse abordado com a comunidade.

Refletir melhorias na comunicação da RCPD no município de Macaíba (RN) é um caminho essencial para colaborar na coordenação do cuidado. É fundamental a troca de conhecimento entre as equipes, a realização concreta das referências e contrarreferências e discussão de casos complexos entre os níveis de atenção, para isso, é necessário estabelecer um canal direto de comunicação entre os serviços, o que se constitui um desafio para ambas as gestões e profissionais da saúde.

Desafios no âmbito da APS são reforçados pela conjuntura vivenciada pela política desse nível de atenção nos últimos anos, permeada pelo desfinanciamento da União e descredenciamento de equipes em todo o país. As transformações executadas nesse período não conseguem romper com a lógica de uma APS seletiva e focalizada e nem potencializa as experiências exitosas, segundo estudo de Silveira e Hoffmann (2021).

Verificamos se os profissionais gostariam de participar de ações de educação permanente com especialistas em LM. Em uma escala de zero ("nada") a dez ("muito"), a maioria respondeu entre nove e dez (80%). Essa informação é importante, dados os resultados descritos na Tabela 1, que apresentaram baixa porcentagem de participantes que se sentem aptos a lidar com condições inerentes à LM. O serviço especializado pode ofertar esse espaço, abordando as condições de saúde associadas à LM, provocando análises sobre os impactos sociais e como a APS pode manejar e orientar esse usuário no seu território, inclusive para fins de promoção da participação social.

Reconhecemos os limites do estudo, por questões de tempo e logística, a ferramenta utilizada através de questionário auto referido pela internet não favoreceu o melhor entendimento de todas as perguntas por parte dos participantes. Em uma entrevista presencial, que dispõe de mais tempo para conversar, a oralidade acaba fazendo diferença para explorar reflexivamente o que cada profissional respondeu. Além de ser mais confortável para retirada de dúvidas. Em futuros estudos podem-se visar melhores estratégias de recrutamento e aderência de participantes.

A contribuição deste estudo reside na produção de conhecimento científico acerca do conhecimento dos profissionais da APS sobre a assistência em saúde prestada às pessoas com LM nesse nível de atenção. Apesar das limitações, pode ser ampliado em outro formato e acaba por reforçar a identificação e pertencimento do serviço primário enquanto pertencente da RCPD. É relevante a (re)construção dos saberes e dos fazeres sobre a LM no cotidiano de trabalho na APS, principalmente por ter um serviço especializado na região em condições de fortalecer o vínculo e prestar apoio educacional.

CONCLUSÃO

Pode ser equivocado pensar que por realizar terapias na atenção especializada, as pessoas com LM não precisam de assistência das equipes de APS. Esse público (como qualquer outro) pode apresentar outras necessidades de saúde que devem ser atendidas em outros níveis de complexidade.

Foi possível observar que os profissionais da APS não apresentavam um conhecimento satisfatório acerca dos conceitos de barreiras e facilitadores. Mesmo apresentando esses conceitos no questionário, eles podem ser de difícil entendimento para profissionais que não trabalham na reabilitação.

Alguns elementos identificados como barreiras também apareceram em facilitadores, dependendo do contexto. A saber: a concessão do transporte sanitário e insumos são facilitadores para que pessoas com LM acessem os diversos serviços de saúde. Porém, se forem ofertados de maneira irregular, acaba se tornando uma barreira na vida dos usuários.

Ficou evidente que o **conhecimento** dos profissionais sobre como pode ocorrer a assistência às pessoas com LM na APS ainda é incipiente. Assim como, das repercussões nas condições físicas, de vida e trabalho dessas pessoas. Também reconhecemos o fato da maioria dos participantes estarem inseridos nesse nível de atenção há pouco tempo e podem apresentar pouca compreensão da RCPD.

Como os profissionais apontaram como necessidade, corroboramos que é essencial que as instituições responsáveis pela gestão do cuidado à saúde da PcD promovam a formação em saúde relacionada ao fazer em saúde para a LM, no sentido de que profissionais da APS se sintam mais seguros para realizar orientações básicas e encaminhamentos intersetoriais, quando necessário. Mas não somente isso, ofertar processos educativos contínuos relacionados às demais condições de saúde e aspectos estruturantes da deficiência, pode refletir na qualificação e assistência adequada a esse público no município.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P. P. DE A.; MORAIS, N. A. DE. Processos de Resiliência Familiar Vivenciados por Famílias com uma Pessoa com Deficiência. **Revista Subjetividades**, v. 21, n. 3, p. e9191–e9191, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/9191>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- AMORIM, É. G.; LIBERALI, R.; NETA, O. M. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, p. 224–236, 2018. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BORGES, J. A. D. S.; STEIL, C. A. Participação social e direitos da pessoa com deficiência: construindo políticas transversais. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 02, p. e1175, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n2-204>. Acesso em: 17 fev. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 2 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília, 2013, p. 68. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência - portaria de consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI. Acesso em: 10 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 2018. p. 73. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Homens são os que mais morrem de acidentes no trânsito.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CLEMENTE, K. A. P.; SILVA, S. V.; VIEIRA, G. I.; BORTOLI, M. C.; TOMA, T. S.; RAMOS, V. D.; BRITO, C. M. M. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8sH6JXtPjZ94vbdYsL98LdP/?lang=pt#>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CONDESSA, A. M.; GIORDANI, J. M. A.; NEVES, M.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. B. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9ZB9378kNvMtDj4WyHp74cz/?lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Anticapacitismo e exercício profissional: perfil de Assistentes Sociais com Deficiência.** Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/LivroAnticapacitismoExercicioProfissional2023Cfess-Acessivel.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2024.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE MARTINI, A. Reabilitação, ética e técnica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2263–2269, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9THbKL94vKLysnpzS9kJz5p/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2023.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. DOS. Deficiência, direitos humanos e justiça. Sur. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 6, p. 64–77, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sur/a/fPMZfn9hbJYM7SzN9bwzysb/?lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário brasileiro de segurança pública.** São Paulo, 2023, p. 357. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/229>. Acesso em: 10 abr. 2024.

FRANÇA, I. S. X.; BAPTISTA, R. S.; ABRÃO, F. M. S.; COURA, A. S.; FRANÇA, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. O des-cuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 236–243, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/sNwZRT98F3MqGybcJGY4WYm/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOFFMANN, E. **A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na estratégia saúde da família.** 161 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Univer-

- cidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/499>. Acesso em 15 fev. 2023.
- HOLANDA, C. M. A.; ANDRADE, F. L. J. P.; BEZERRA, M. A.; NASCIMENTO, J. P. S.; NEVES, R. F.; ALVES, S. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 175–184, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XkBwC5pGcwQfnzcbc3fhV3h/?lang=pt>. Acesso em: 9 fev. 2024.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- NJAINE, K; SILVA, A. C. L. G.; RODRIGUES, A. M. M.; GOMES, R.; DELZIOVO, C. R. **Violência e perspectiva relacional de gênero**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014, p. 45. Disponível em: <https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Genero.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. Lisboa: OMS; 2004. p. 238.
- OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 177–188, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GFc9MhkTzdrDPBVR8J4vxcn/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.
- SILVA, G. H. DA S.; RIBEIRO, J. A. DOS S. **Dificuldades de acesso ao serviço de saúde no Brasil por pessoas com deficiência física, auditiva e visual: uma revisão sistemática**. 2020. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2020. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/19403>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C.; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115–131. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51905>. Acesso em 8 abr. 2024.
- SILVA, S. V.; CLEMENTE, K. A. P.; VIEIRA, G. I.; BORTOLI, M. C.; TOMA, T.; RAMOS, V. D.; BRITO, C. M. M. Facilitadores do acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde: revisão de escopo. **Acta Fisiátrica**, v. 29, n. 3, p. 219–231, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/194435>. Acesso em: 18 fev. 2024.
- SILVEIRA, L. D. S.; HOFFMANN, E. Atenção primária à saúde no Brasil contemporâneo: uma análise sobre as transformações ocorridas no contexto pós-golpe de 2016. In: **X JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**. Trabalho alienado, destruição da natureza e crise da hegemonia. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2021, p. 16. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaold_892_892612ed01b512bf.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.
- VENTURINI, D. A.; DECESARO, M. D. N.; MARCON, S. S. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 219–219, 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/4600>. Acesso em: 20 jan. 2023.