


BARREIRAS E FACILITADORES NA DISPENSAÇÃO DE PRÓTESES DE MEMBROS INFERIORES: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-043>

Data de submissão: 04/04/2025

Data de publicação: 04/05/2025

José Olegário da Silva Filho

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas
(SOTEPP)

Centro Universitário de Maceió (UNIMA)

Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil

E-mail: professorolegario@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9716-0806>

Glauber José de Melo Cavalcanti Manso

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas
(SOTEPP)

Centro Universitário de Maceió (UNIMA)

Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil

E-mail: glaubermanso@outlook.com

Orcid: (<https://orcid.org/0000-0002-5629-9561>)

Verônica Teixeira Marques

Doutora em Ciências Sociais

Centro Universitário de Maceió (UNIMA)

Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil

E-mail: veronica.marques@unima.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6831-504X>

Diego Freitas Rodrigues

Doutor em Ciência Política

Centro Universitário de Maceió (UNIMA)

Endereço: Maceió – Alagoas, Brasil

E-mail: diego.rodrigues@unima.edu.br

Orcid: (<https://orcid.org/0000-0001-5698-596X>)

RESUMO

A dispensação de próteses de membros inferiores (MI) contribui nas ações de reabilitação e promoção da autonomia. Assim, as estratégias para o acesso e disponibilização destes dispositivos podem atuar como barreiras ou facilitadores neste processo. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as políticas públicas e procedimentos na dispensação de próteses de MI entre 2010-2024, em Alagoas, a partir de uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva do tipo documental. Os dados secundários foram extraídos da legislação brasileira relacionada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), do SIA/DATASUS, SIGTAP/DATASUS, e da Secretaria de Estado da Saúde. Neste período, foram contemplados com próteses 40% dos amputados de MI de Alagoas, estando acima da média Brasil (38%). Destes, 44% consistem em próteses exoesqueléticas enquanto o restante do país disponibiliza dispositivos endoesqueléticos (71,46%). Dessa forma, o fluxo de dispensação no Estado e a complexidade do processo de reabilitação do usuário no Brasil tem se apresentado como uma barreira,

comprovando a necessidade da inclusão de um Manual Operativo universal para facilitação da dispensação próteses junto a RCPD. Estas padronizações dos procedimentos para concessão dos dispositivos devem estar otimizadas e qualificadas, a fim de garantir a funcionalidade e a reintrodução do usuário na sociedade.

Palavras-chave: Tecnologia assistiva. Amputados. Política de Saúde. Pessoa com Deficiência.

1 INTRODUÇÃO

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas reconhece que a deficiência não é um atributo inerente à pessoa, mas sim uma interação entre a pessoa com deficiência e as barreiras ambientais e comportamentais, que limitam sua participação na sociedade (United Nations, 2006). Dessa forma, a deficiência é compreendida como uma questão social que enfatiza a importância em se remover as barreiras que impedem a participação das pessoas e promover uma sociedade inclusiva (Brasil, 2019). Neste contexto, segundo dados de 2022 da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 18,6 milhões de brasileiros com dois anos de idade ou mais, apresentam algum tipo de deficiência. Neste mesmo relatório, observou-se que o Nordeste foi a região que apresentou um maior aumento quando comparado ao relatório de 2021, tendo um equivalente de 10,3% (5,8 milhões de pessoas) convivendo com os aspectos físicos, ambientais, emocionais e sociais da deficiência (IBGE, 2022).

Tendo em vista a multifatorialidade dos aspectos relacionados à deficiência, instituiu-se a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), nº13.146 / 2015, que reconhece a importância do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar em superar as barreiras ambientais e emocionais (Brasil, 2015). Adicionalmente, a legislação tem como objetivo assegurar o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, garantindo condições de igualdade, cidadania e inclusão social. Não obstante aos aspectos legais, no Brasil encontra-se implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 2002) que tem como objetivo a reabilitação, a proteção à saúde e a prevenção dos agravos que determinam o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da comunidade. Assim, segundo Clemente (2018), as políticas públicas metaforicamente atuam como o tratamento necessário para uma doença (problema público), no qual um diagnóstico detalhado é fundamental antes de se prescrever a conduta terapêutica, que envolve medidas que vão desde remédios até instruções específicas, como acompanhamento psicológico, dieta e exercícios físicos.

No que se refere às políticas públicas, em especial as disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no suporte a reabilitação das pessoas com deficiência, destaca-se os recursos de tecnologia assistiva dispostos na Portaria nº 2.848/GM/MS de 6 de novembro de 2007). A tecnologia assistiva é definida como um conjunto de produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que têm como objetivo promover a funcionalidade humana, relacionada à atividade e à participação da pessoa com alguma deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Brasil, 2009). Nesta perspectiva, a

dispensação e utilização de dispositivos tecnológicos que garantam a funcionalidade e a mobilidade humana, especialmente para aqueles que sofreram perda parcial ou total de um segmento corporal, são necessárias e representam pontos de fragilidade dentro das políticas públicas.

As próteses são peças ou aparelhos de substituição dos membros ou órgãos do corpo, que objetivam reduzir as barreiras físicas e proporcionar igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência locomotora, permitindo que elas participem plenamente da sociedade, tenham autonomia e possam praticar atividades cotidianas, profissionais e recreativas de forma mais independente (Brasil, 2016). A prescrição dos componentes tecnológicos, em especial das próteses, são atribuições dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) definidos na Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 (Brasil, 2012).

Os CER são pontos de atenção ambulatorial de referência que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (Brasil, 2012). Nesse sentido, cabe ao CER realizar atendimentos de forma articulada com os demais pontos de atenção à saúde e tem como atores envolvidos a equipe, o usuário e sua família no projeto terapêutico e se constitui como referência para a rede de atenção à saúde no território (Brasil, 2012). Além disso, a integração entre a política de assistência social e a dispensação de próteses contribui para maximizar os benefícios e a eficácia desses recursos, além de promover a inclusão e o bem-estar das pessoas com deficiência (Brasil, 2019). Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar as políticas e os procedimentos na dispensação de próteses para pacientes amputados de membros inferiores (MI) em Alagoas, no período de 2010 a 2024.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de natureza exploratória, descritiva do tipo documental, referente ao processo de dispensação de próteses e meios auxiliares de acessibilidade pelo SUS, em Alagoas, no período de 2010 a 2024. Para isso foram realizadas buscas nas bases de dados da legislação brasileira¹, que permitiram identificar os seguintes temas: *i*) garantias e direitos fundamentais para pessoa com deficiência; *ii*) condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas com deficiência; *iii*) organização e o funcionamento dos serviços de saúde voltados

¹ Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989; Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999; Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000; Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000; Portaria do Ministério da Saúde - MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002; Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 (Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000); Decreto legislativo nº 186, de 2008; Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011; Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012; Portaria Nº 835, de 25 de abril de 2012; Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 e o Decreto nº 8.725, de 27 de abril de 2016.

ao atendimento da pessoa com mobilidade reduzida; iv) normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida; e v) incentivos financeiros de investimento e de custeio para os componentes de tecnologia assistiva junto ao SUS no atendimento às pessoas com mobilidade reduzida.

Adicionalmente aos dados da legislação, foram extraídas informações a respeito do número de amputações e de dispensações de dispositivos do grupo Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) no Estado de Alagoas a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS), do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS (SIGTAP/DATASUS) e da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (Sesau/AL), os quais foram compilados no *software Microsoft Office Excel* versão 2023 (Microsoft, EUA). O SIA/DATASUS compreende em seu banco de dados informações de todos os procedimentos ambulatoriais realizados no SUS e reembolsados pelo Governo Federal, enquanto o SIGTAP/DATASUS apresenta a descrição detalhada dos dispositivos de OPME disponíveis no SUS, bem como os valores de cada item que compreende esse grupo. Estas bases de dados permitiram a extração de dados relativos aos valores pagos aos procedimentos do grupo OPME, filtrados por mês, ano e forma de organização no SIA/DATASUS para todo o período de estudo da pesquisa (2010 - 2024).

Do mesmo modo, os dados referentes à amputação foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalar (SIH/DATASUS), na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovada por ano/mês no processamento, segundo unidade da federação, Alagoas, região nordeste (NE), utilizando os seguintes filtros para todo o período de estudo da pesquisa: a) caráter atendimento: eletivo, urgência, acidente no local trabalho ou a serviço da empresa, acidente no trajeto para o trabalho, outros tipos de acidentes de trânsito e, b) tipo de procedimento: amputação e desarticulação de membros inferiores, de pé e tarso, revisão cirúrgica de coto de amputação em membro inferior (exceto dedos do pé).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No Brasil, as leis e políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência têm avançado ao longo dos anos, embora ainda tenham de enfrentar muitos desafios no que se refere à implementação e efetividade. Os avanços conquistados a partir da Constituição de 1988 são fruto, em grande parte, da mobilização da sociedade civil, onde tais movimentos reivindicaram direitos sociais e igualdade de oportunidades e foram capazes de gerar um nível de mobilização que incentivou o Estado a incorporar essa problemática na sua agenda, assim como debater questões sobre a saúde da pessoa com deficiência e a necessidade de programas e políticas nacionais que atendam essa questão (Rocha, 2006).

Ademais, como forma de intervenção do governo, as políticas públicas visam atender às necessidades da coletividade, onde cada Unidade Federativa possui seu próprio modelo, adaptado à dinâmica governamental e à relação com a sociedade, incluindo a fiscalização e a cobrança da execução dos direitos. Assim, as políticas públicas tornam-se instrumentos do Estado para atender às demandas sociais, promovendo e implementando estratégias que protegem os direitos dos cidadãos (Chrispino, 2016; Souza, 2006). Outrossim, quando essas políticas são criadas para pessoas com deficiência, desempenham um papel fundamental na promoção da inclusão e na garantia de direitos igualitários. Essas políticas têm como objetivo principal eliminar as barreiras físicas, sociais e econômicas que podem limitar a participação plena e efetiva das pessoas com deficiência na sociedade.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, inicialmente intitulada "Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência", tendo essa terminologia atualizada com a consolidação da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 3 de outubro de 2017, Anexo XIII, mantendo-se o conteúdo original. A PNSPD se apresenta como um instrumento orientador das ações do setor de saúde voltadas para esse segmento populacional. A política adota o conceito de pessoa com deficiência definido pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que considera como tal aquela que apresenta, de forma permanente, perdas ou anormalidades em sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, resultando em incapacidade para o desempenho de atividades consideradas normais para o ser humano. No entanto, a PNSPD também reconhece que o conceito relacionado a essa população tem evoluído ao longo do tempo, refletindo as mudanças sociais e culturais.

Após a criação da PNSPD, observa-se que a expressão “Pessoa Portadora de Deficiência”, foi modificada para “Pessoas com Deficiência”, conforme Decreto nº 6.949 (25 de agosto de 2009), do qual promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, Estados Unidos da América, em 30 de março de 2007. Dessa forma, diante da necessidade de implementar suas diretrizes no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio das Portarias GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012; Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012, Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 (2017), que amplia os pontos de atenção à saúde pelas Redes de Atenção à Saúde, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 (2017), que definiram os incentivos financeiros para investimento e custeio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Nessa perspectiva, o Decreto nº 8.725, de 27 de abril de 2016, institui a Rede Intersetorial de Reabilitação Integral, com vistas à integração e à articulação permanente entre serviços e ações das políticas de saúde, previdência social, trabalho, assistência social, educação, entre outras, em

consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Brasil, 2016).

3.2 ASPECTOS DA FUNCIONALIDADE HUMANA EM AMPUTADOS DE MEMBROS INFERIORES

A amputação é um procedimento cirúrgico que envolve a remoção total ou parcial de um segmento corporal, geralmente realizado devido a condições médicas graves, como traumas, doenças vasculares periféricas, infecções graves ou tumores (Carvalho, 2003). Desta forma, para se determinar o nível da amputação deve ser levado em conta a causa e a extensão da lesão no membro. Portanto, o planejamento cirúrgico deve considerar a viabilidade funcional do membro residual, bem como o processo de adaptação à prótese e reabilitação (Fonseca *et al.*, 2015). Neste sentido, no Brasil foram realizadas 483.069 amputações de MI no período 2010 e 2024 (Quadro 2), sendo observado um aumento percentual de 54,40% no decorrer de 15 anos (2010: 23.963 casos; 2024: 36.988 casos). Quando se observa os dados da região NE no mesmo período, constata-se que houve um aumento linear de 80,20% (152.891 casos) do número de brasileiros com amputações dos MI (Quadro 2). Já no estado de Alagoas, as amputações de MI não seguiram um padrão de linearidade no mesmo espaço temporal, tendo atingido seu maior número em 2017 (928 casos) e total de 9.434 casos no período, com elevação de 136,20% (2010 – 2024) (Quadro 1).

Quadro 1. Autorização de Internação Hospitalar aprovada para o procedimento de amputação e desarticulação de membros inferiores em Alagoas, por ano de processamento, no período de 2010-2024.

AMPUTAÇÃO E DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES			
ANO	Brasil	Região NE	Alagoas
2010	23.963	6.933	349
2011	25.618	7.876	228
2012	24.855	7.598	236
2013	26.336	7.966	448
2014	27.307	8.606	593
2015	28.985	9.450	681
2016	30.701	9.888	842
2017	31.866	9.942	928
2018	34.273	10.908	885
2019	35.932	11.153	893
2020	36.331	11.814	399
2021	38.149	12.091	627
2022	40.703	12.953	723

2023	41.054	13.215	778
2024	36.988	12.492	824
TOTAL	483.069	152.891	9.434

Fonte: Elaborado pelos autores, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalar do SUS (SIH/SUS), 2025. NE: Região Nordeste.

Indivíduos com amputação podem apresentar dificuldades importantes para locomoção, transferência e trocas posturais, bem como a presença de dor no coto ou fantasma, baixa autoestima, medo e depressão (Benedetto *et al.*, 2002) e outras barreiras ambientais afetam diretamente a funcionalidade humana. Nesta perspectiva, a reabilitação para qualquer pessoa que experimente alguma forma de limitação na funcionalidade, demanda uma abordagem abrangente e interdisciplinar, que engloba diversas áreas, já que indivíduos com deficiência enfrentam dificuldades e desafios em múltiplos domínios como o físico, neurológico, sensorial, psicológico, comunicativo e social (Braga *et al.*, 2012; DeLisa *et al.*, 2002).

Tendo em vista os aspectos multifatoriais envolvidos na redução da mobilidade de pessoas com amputação de MI, o *Medicare Functional Classification Level* (MFCL) foi adotado em 1995 pelos Centros de Serviços *Medicare e Medicaid* dos EUA para classificar a mobilidade funcional e o potencial de reabilitação de indivíduos com perda de membros inferiores (Gailey *et al.*, 2002). Nesse sentido, o MFCL consiste em cinco categorias ordenadas ou níveis K, que definem o aumento da mobilidade funcional e auxiliam na seleção de tipos de componentes protéticos para reembolso de terceiros com base na necessidade médica, pois o tipo de prótese que um paciente recebe depende em grande parte do nível K atribuído (Quadro 2) (Hafner; Smith, 2009). Neste contexto, a inclusão de aspectos referente a funcionalidade e/ou da capacidade funcional de indivíduos amputados nas políticas públicas de pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida são necessárias, e em especial, junto àquelas que abordam os dispositivos de tecnologia assistiva que compreendem o grupo de OPME no SUS.

Quadro 2. Diferentes níveis da escala MFCL - Capacidade funcional dos indivíduos com amputação de Membros inferiores.

Níveis de Classificação	Capacidade funcional dos indivíduos com amputação de Membros inferiores
Nível K0	Não tem a capacidade ou potencial para locomover-se ou deslocar-se com segurança ou sem auxílio, e a prótese não melhora a qualidade de vida ou a mobilidade
Nível K1	Tem capacidade ou potencial de usar uma prótese para deslocar-se ou locomover-se em superfícies planas com uma cadência fixa, típico do deambulador domiciliar limitado ou ilimitado
Nível K2	Tem capacidade ou potencial de locomoção, sendo capaz de atravessar barreiras ambientais de nível baixo, como meio-fio, escadas ou superfícies irregulares, típico do deambulador comunitário limitado

Nível K3	Tem capacidade ou potencial de locomoção, sendo capaz de atravessar a maioria das barreiras ambientais, podendo ter uma atividade vocacional, terapêutica ou física que exija o uso da prótese além da simples locomoção
Nível K4	Tem capacidade ou potencial para locomoção protética que excede as capacidades de locomoção básicas, exibindo impacto, esforço ou níveis de energia elevados, típico das demandas protéticas de crianças, adultos ativos ou atletas

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Hafner e Smith, 2009.

Assim, para atender a população com amputação de membros inferiores, o SUS disponibiliza nove (9) tipos de próteses (Quadro 3). Por conseguinte, para a prescrição do tipo de prótese adequada, faz-se necessário considerar os diferentes níveis de amputação, a Capacidade Funcional dos indivíduos (K0 a K4), o tipo de dispositivo protético (endoesquelético ou exoesquelético), e a necessidade de manutenção e treino para o uso do dispositivo.

Quadro 3. Dispositivos protéticos de membros inferiores disponibilizados pelo SUS de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME.

Prótese (Classificação)	Valor (R\$)	Indicações	Características do Dispositivo	Capacidade Funcional Atendida
Prótese Canadense Endoesquelética (07.01.02.033-4)	4.716,00	<ul style="list-style-type: none"> Hemipelvectomia total ou parcial; Desarticulação do quadril; Amputação transfemural com coto muito curto. 	<ul style="list-style-type: none"> Soquete: cesto pélvico em resina acrílica ou polipropileno; Quadril: articulação monocêntrica com ou sem bloqueio, e/ou com ou sem impulsor; Joelho: tipo monoeixo ou policêntrico mecânico, com sem impulsor, livre ou com trava ou com freio de atrito; Pé: tipo SACH ou articulado uniaxial, ou de adaptação dinâmica; Cosmese: revestida com espuma e meia cosmética. 	K1, K2 e K3
Prótese Endoesquelética Transfemural (07.01.02.036-9)	3.502,80	Amputação transfemural.	<ul style="list-style-type: none"> Soquete: encaixe quadrilátero, ou de contenção isquiática, em resina acrílica e fibra de carbono, encaixe interno flexível, com ou sem cinto pélvico ou silesiano; Joelho: monoeixo ou policêntrico em aço, com ou sem impulsor, livre ou com trava; Pé: tipo SACH ou articulado; Cosmese: revestida com espuma e meia cosmética. 	K1 e K2

Prótese Endoesquelética para Desarticulação de Joelho (07.01.02.035-0)	3.990,00	Desarticulação do joelho.	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: em resina acrílica com ou sem soquete flexível interno; • Joelho: quatro barras em aço com impulsor; • Pé: tipo SACH, articulado ou de adaptação dinâmica. • Cosmese: revestimento de espuma e meia cosmética. 	K1, K2 e K3
Prótese Endoesquelética Transtibial tipo PTB-PTS-KBM (07.01.02.037-7)	1.596,00	Amputação transtibial.	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: tipo PTB-PTS ou KBM com encaixe laminado em resina acrílica, e fibra de carbono, cartucho/encaixe interno flexível; • Pé: tipo SACH, articulado ou de adaptação dinâmica; • Cosmese: revestida com espuma e meia cosmética. 	K1, K2 e K3
Prótese Canadense Exoesquelética (07.01.02.034-2)	4.716,00	<ul style="list-style-type: none"> • Hemipelvectomy total ou parcial; • Desarticulação do quadril; • Amputação transfemural com coto muito curto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: cesto pélvico em resina ou polipropileno; • Quadril: articulação monocêntrica e com ou sem bloqueio, com dispositivo extensor; • Joelho: monoeixo com ou sem impulsor livre ou com trava ou com freio de atrito; • Pé: tipo SACH ou articulado uniaxial, ou de adaptação dinâmica. 	K1, K2 e K3
Prótese Exoesquelética Transfemural (07.01.02.040-7)	2.990,00	<ul style="list-style-type: none"> • Amputação transfemural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: encaixe quadrilátero ou de contenção isquiática, com ou sem cinto pélvico ou silesiano; • Joelho: monoeixo, com ou sem impulsor, livre ou com trava ou com freio de atrito contínuo; • Pé: tipo SACH ou articulado. 	K1 e K2
Prótese Exoesquelética para Desarticulação do Joelho (07.01.02.038-5)	2.990,00	<ul style="list-style-type: none"> • Desarticulação do joelho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: laminada em resina acrílica e fibra de carbono; encaixe de coxa em resina plástica ou em polipropileno ou em couro grosso; • Joelho: articulação externa em hastes de aço articuladas, com elástico impulsor para extensão do joelho. • Pé: tipo SACH ou articulado. 	K1 e K2

Prótese Endoesquelética Transtibial tipo PTB-PTS-KBM (07.01.02.037-7)	1.596,00	<ul style="list-style-type: none"> • Amputação transtibial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: tipo PTB-PTS ou KBM com encaixe laminado em resina acrílica, e fibra de carbono, cartucho/encaixe interno flexível; • Pé: tipo SACH, articulado ou de adaptação dinâmica; • Cosmese: revestida com espuma e meia cosmética. 	K1, K2 e K3
Prótese Exoesquelética Transtibial com Coxal ou Manguito de Coxa (07.01.02.041-5)	2.193,00	<ul style="list-style-type: none"> • Amputação transtibial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: laminada em resina acrílica e fibra de carbono, cartucho/encaixe flexível, coxal (manguito de coxa) • Pé: tipo SACH ou articulado. 	K1 e K2
Prótese Exoesquelética Transtibial tipo PTB-PTS-KBM (07.01.02.042-3)	1.596,00	<ul style="list-style-type: none"> • Amputação transtibial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soquete: tipo PTB, PTS ou KBM em resina acrílica e fibra de carbono, cartucho/encaixe flexível; • Pé: tipo SACH ou articulado. 	K1 e K2

Fonte: Elaborado pelos autores, SUS, TABELA SUS/CISAMUSEP – 2024. SACH: *Solid Ankle Cushion Heel*; KBM: *Kondylen Bettung Münster*; PTS: *Patellar Tendon Bearing*; PTB: *Prothese Tibiale Supracondylien*.

Ressalta-se que as próteses exoesqueléticas são dispositivos mais simples, pesados, de fácil uso e manutenção, mas não permitem fazer ajustes biomecânicos, e diferem dos dispositivos endoesqueléticos pela possibilidade de escolha dos componentes protéticos (soquete, tipo de joelho e/ou pé), permitindo assim melhores adaptações do sujeito as suas necessidades.

3.3 ETAPAS PARA A DISPENSAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Com base na proposta pela Organização Mundial de Saúde, (Khasnabis; Mines; WHO, 2012), o SUS adaptou as principais etapas da prestação de serviços de concessão e dispensação de OPM (Brasil, 2019). Dessa forma, a dispensação de próteses de MI e/ou meios auxiliares de acessibilidade compreendem as seguintes etapas: *i*) identificação da demanda e referência, na atenção básica; *ii*) avaliação e prescrição dos dispositivos; *iii*) preparação e adequação do produto; *iv*) treinamento do usuário por uma equipe multiprofissional especializada em reabilitação; e *v*) manutenção, reparos dos dispositivos e acompanhamento do usuário (Khasnabis; Mines; WHO, 2012). Sendo assim, cabem aos CER e as oficinas de OPME a execução destas etapas.

Os CER estão presentes em todos os estados brasileiros e são organizados a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação, como física, intelectual, visual e auditiva (Brasil, 2012). Além dos serviços especializados ofertados, como as atividades físicas, lúdicas e psicológicas, que são fundamentais a esses indivíduos para o processo de inclusão no meio social e

laboral, esses CER também são responsáveis pela dispensação de próteses, desde que estejam incluídas as oficinas de OPME.

Em Alagoas, a principal porta de entrada para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) é a Atenção Primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Elas atuam principalmente na prevenção, diagnóstico precoce, promoção e assistência à saúde das pessoas com deficiência, bem como referenciando o usuário aos serviços de Atenção Especializada em Reabilitação, como exemplo os CER (Alagoas, 2020). No estado de Alagoas há 19 CER, sendo que destes, 12 estão localizados em Maceió (1ª Região Administrativa de Saúde – RAS) e os demais estão distribuídos nas cidades de Penedo (6ª RAS), Arapiraca (7ª RAS); Marimbondo e Palmeira dos Índios (8ª RAS); Maragogi (9ª RAS) e Delmiro Gouveia (10ª RAS). No entanto, em nenhum dos CER de Alagoas há um Manual Operativo para a Dispensação e Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), conforme o previsto no fluxograma sugerido na RCPD. Segundo a RCPD é responsabilidade do Estado estabelecer as etapas envolvidas no cuidado da pessoa com deficiência, perpassando pela atenção básica de saúde e hospitalar de emergência, os CER, e o Manual de OPME disponíveis no SUS (Brasil, 2012).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU/AL), 2020, o paciente com deficiência, munido da solicitação do médico prescritor, documentos pessoais e comprovante de residência, será atendido pelo Serviço Social do CER. Após consulta com médico ortopedista ou fisioterapeuta, é emitido parecer técnico, deferindo ou não a dispensação, e o tipo da OPM não cirúrgicas relacionadas à reabilitação física disponíveis no âmbito do SUS (Alagoas, 2020).

Assim, no que se refere a dispensação de próteses, no período 2010 - 2024, o Brasil dispensou 183.714 próteses de MI e 38% dos amputados receberam um dispositivo, o que resultou em um investimento de R\$477,5 milhões de reais pelo SUS. Neste período obteve uma média anual de dispensação de 12.247,6 unidades, sendo os anos de 2022 e 2023 o que tiveram os maiores números de dispensação (15.209 unidades e 14.436 unidades, respectivamente), e o ano de 2012 o menor: totalizando apenas 10.526 dispositivos (Quadro 4).

Quadro 4. Quantidade de dispositivos protéticos de membros inferiores dispensados pelo SUS no período de 2010 – 2024.

ANO	Dispensação de Próteses de Membros Inferiores		
	Brasil	Região NE	Alagoas
2010	10.608	2.203	114
2011	10.959	2.518	206
2012	10.526	2.725	278
2013	10.925	2.697	250

2014	11.954	2.869	271
2015	11.984	2.854	277
2016	12.295	2.643	254
2017	12.042	2.968	243
2018	13.045	3.118	243
2019	13.151	3.060	289
2020	10.710	2.439	253
2021	12.270	2.895	276
2022	15.209	3.585	274
2023	14.436	3.415	270
2024	13.600	3.571	283
TOTAL	183.714	43.560	3.781

Fonte: Elaborado pelos autores, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025.

Em relação a região NE, foram executadas 43.560 dispensações de próteses neste período, com uma maior concentração entre os anos de 2022 e 2024 (3.585 e 3.571 unidades, respectivamente). Isso gerou uma despesa de R\$112 milhões de reais, ficando atrás apenas da região Sudeste (R\$194 milhões de reais). Contudo, o investimento permitiu que apenas 28,50% dos pacientes com amputação de MI do NE fossem contemplados com uma prótese. Diferentemente do que se observou na região NE, Alagoas dispensou 3.781 próteses permitindo que 40% dos alagoanos tivessem acesso a um dispositivo protético, o que gerou uma despesa de R\$10,5 milhões de reais aos Órgãos Públicos. Adicionalmente, a média de dispensação de próteses no período para o estado foi de 252 próteses e fez com que Alagoas fosse a terceira Unidade Federativa da região NE que mais dispensou próteses de MI, ficando atrás apenas de Pernambuco (16.563) e Bahia (13.896).

Em relação aos tipos de dispositivos mais dispensados durante o período analisado (2010 - 2024), observa-se que a prótese do tipo endoesquelética transfemural em alumínio ou aço foi a mais dispensada pelo SUS no Brasil (63.240) e no Nordeste (14.638), gerando custos de aproximadamente R\$221 milhões e R\$51 milhões de reais, respectivamente. Este achado difere do número de dispositivos dispensados e o valor investido pelos Órgãos públicos do estado de Alagoas (Quadro 5).

Quadro 5. Dispositivos protéticos endoesqueléticos de membros inferiores dispensados pela Secretaria de Saúde de Alagoas durante os anos de 2010-2024.

Dispensação Próteses Endoesquelética pelo SUS em Alagoas (2010-2024)				
Prótese Ano	Canadense	Transfemural	Desarticulação de joelho	Transtibial tipo PTB-PTS-KBM
2010	(2) 9.432	(51) 178.642	-	(56) 89.376
2011	-	(97) 339.771	(1) 3.990	(97) 154.812
2012	-	(135) 472.878	(2) 7.980	(117) 186.732
2013	-	(112) 392.313	(2) 7.980	(50) 79.800

2014	-	(110) 385.308	(1) 3.990	(60) 95.760
2015	(2) 9.432	(111) 388.810	(2) 7.980	(42) 67.032
2016	(2) 9.432	(110) 385.308	(3) 11.970	(59) 94.164
2017	(3) 14.148	(58) 203.1624	(43) 171.570	(30) 47.880
2018	(1) 4.716	(34) 119.095	(71) 283.290	(22) 35.112
2019	(1) 4.716	(39) 136.609	(86) 343.140	(17) 27.132
2020	(1) 4.716	(14) 49.039	(70) 279.300	(5) 7.980
2021	(3) 14.148	(24) 84.067	(81) 323.190	-
2022	(2) 9.432	(7) 24.519	(86) 343.140	-
2023	(1) 4.716	(17) 59.547	(75) 299.250	(8) 12.768
2024	-	(25)87.570	(53)211.470	(15)23.940
Total	(18) 84.888	(944)3.306.643	(576) 2.298.240	(578) 922.488

Fonte: Elaborado pelos autores, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025. Dados apresentados em (número de dispositivos) e valores em reais. KBM: *Kondylen Bettung Münster*; PTS: *Patellar Tendon Bearing*; PTB: *Prothese Tibiale Supracondylien*.

Pode-se observar que o dispositivo protético exoesquelético transtibial com coxal ou manguito de coxa foi a prótese mais dispensada entre 2010-2024, tendo atendido 1.504 pacientes e gerado um custo de R\$3.298.272 ao estado de Alagoas (Quadro 6).

Quadro 6. Dispositivos protéticos exoesqueléticos de membros inferiores dispensados pela Secretaria de Saúde de Alagoas durante os anos de 2010-2024.

Dispensação e valores de Próteses Exoesquelética pelo SUS em Alagoas (2010-2024)					
Prótese Ano	Canadense	Transfemural	Desarticulação do joelho	Transtibial com coxal ou manguito de coxa	Transtibial tipo PTB-PTS-KBM
2010	-	-	-	-	(5) 7.980
2011	(3) 14.148	(1) 2.990	-	(2) 4.386	(5) 7.980
2012	(3) 14.148	(4) 11.960	-	(12) 26.316	(5) 7.980
2013	(8) 37.728	-	2.990	(73) 160.089	(4) 6.384
2014	(4) 18.864	(1) 2.990	2.990	(90) 197.370	(4) 6.384
2015	(1) 4.716	(1) 2.990	2.990	(111) 243.423	(6) 9.576
2016	-	-	-	(72) 157.896	(8) 12.768
2017	(2) 9.432	-	-	(100) 219.300	(7) 11.172
2018	(2) 9.432	-	-	(111) 243.423	(2) 3.192
2019	(1) 4.716	-	-	(145) 317.985	-
2020	(2) 9.432	-	-	(159) 348.687	(2) 3.192
2021	(7) 33.012	-	-	(161) 353.073	-
2022	(13) 61.308	-	-	(166) 364.038	-
2023	(23)108.468	-	-	(146) 320.178	-
2024	(34)160.344	-	-	(156)342.108	-
Total	(103)485.748	(7) 20.930	(3) 8.970	(1.504)3.298.272	(48) 76.608

Fonte: Elaborado pelos autores, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2025. Dados apresentados em (número de dispositivos) e valores em reais. KBM: *Kondylen Bettung Münster*; PTS: *Patellar Tendon Bearing*; PTB: *Prothese Tibiale Supracondylien*.

Os achados referentes as próteses exoesqueléticas em Alagoas vão na contramão do restante do país, uma vez que 44% dos dispositivos dispensados pelo Estado é direcionado a dispositivos que são pesados, possuem baixa tecnologia nos seus componentes e não permitem ajuste mais refinado aos

aspectos biomecânicos. Ademais, o Brasil dispensou 28,54% e a região NE (34%) desse tipo de prótese.

3.4 FACILITADORES E BARREIRAS NA DISPENSAÇÃO DAS PRÓTESES DE MEMBROS INFERIORES

Compreender os fatores limitantes ao acesso dos serviços de reabilitação pela pessoa com deficiência se faz necessário para que estratégias possam ser criadas para garantir os direitos fundamentais apresentados na proposta da RCPD. Neste sentido, uma análise situacional acerca do funcionamento da RCPD em Maceió-AL, apontou que há uma gama de fatores que limitam o acesso aos serviços de reabilitação, tendo maior relevância a irregular distribuição espacial dos CER e pontos de atenção, o que gera vazios assistenciais em alguns pontos e superlotação em outros. Estes achados resultaram na constatação de que 65% dos usuários da lista de espera pertenciam a um dos CER nível III da cidade (Rolim; Santos; Baggio, 2022). Ainda de acordo com o estudo, no ano 2021 mais de 600 usuários estavam em lista de espera para acesso aos serviços de reabilitação de Maceió, sendo a maioria do sexo masculino e faixa etária entre 40 e 59 anos.

Dessa forma, a falta de padronização no fluxo de acesso e dispensação dos dispositivos de tecnologia assistiva pode fazer com que a obtenção de próteses ortopédicas seja mais demorada e burocrática em comparação ao de outros meios de locomoção, como por exemplo a cadeira de rodas. Os trâmites podem envolver requisitos administrativos complexos, avaliações clínicas detalhadas, além da necessidade de prescrição médica específica. Isso contrasta com a dispensação de cadeiras de rodas, que muitas vezes segue um procedimento mais direto e rápido, dada a sua natureza de ser um dispositivo imediatamente necessário para a mobilidade. Assim, ressalta-se que a elaboração de um Manual Operativo para dispensação e concessão OPME é uma iniciativa que pode variar de estado para estado no Brasil, pois não existe manual único ou universal para todo o país, já que cada estado pode estabelecer suas próprias diretrizes e normativas específicas nesse contexto.

Nesse sentido, a fim de otimizar o acesso ao usuário aos serviços bem como aos dispositivos de OPME, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014), instituiu um Manual Operativo em 2014 com a finalidade de estabelecer diretrizes para organizar os serviços de referência para deficiência física e concessão de OPME, contribuir com o usuário para a melhora de suas condições, sua integração social, ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária (SES-SC, 2014). Da mesma forma, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2018), instituiu em 2018 o Manual Operativo para dispensação e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção com objetivo de uniformizar os procedimentos de concessão destes

dispositivos, orientar e subsidiar o treinamento de servidores, definir responsabilidades e tarefas, orientar a descentralização do atendimento nos municípios e definir as competências das unidades administrativas na dispensação/concessão de OPMEs (SES-RS, 2018).

Em estudo sobre o perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas, Nogueira *et al.* (2016), revelam que o Plano Operativo para a Organização da RCPD, lançado no estado de Santa Catarina, no ano de 2008, foi o início do processo de reconhecimento dos direitos dos cidadãos, possibilitando ampliar as ações e as áreas envolvidas, através de uma perspectiva progressiva da integralidade e universalidade das ações de saúde. Todavia, possíveis embates de ordem política entre os estados e municípios no Brasil, podem afetar a elaboração de um Manual Operativo para a dispensação de OPMEs, devido às divergências nas competências legislativas, às disparidades regionais, aos interesses locais e à necessidade fundamental de uma coordenação eficaz entre os diversos níveis de governo.

Assim, em estudo realizado com o objetivo analisar a dinâmica de funcionamento da Comissão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da cidade de São Paulo, na condução da implementação da RCPD, o predomínio de conflitos foi transversal em todo o período estudado e ocorreu, sobretudo, em função de disputas entre os entes federados acerca das responsabilidades de cada um deles (Ferreira; Mota; Bousquat, 2023). Ainda segundo os autores, quando se trata de assumir responsabilidades políticas e administrativas, existe uma constante tensão entre o estado e o governo federal, debruçada na definição de responsabilidades, sobretudo financeiras, para a dispensação destes materiais para a população (Ferreira; Mota; Bousquat, 2023).

No entanto, é dever do Estado não esquecer que indivíduos amputados de MI necessitam de acompanhamento contínuo, considerando que, uma vez alcançadas as potencialidades funcionais, o usuário estará de alta da reabilitação, porém deve permanecer vinculado ao serviço, não só para a manutenção das próteses, mas também para acompanhamento psicológico, em programas de atividades físicas, de reinserção social e laboral.

4 CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo, observou-se desproporção entre a quantidade de próteses ortopédicas dispensadas pelo SUS, entre 2010 e 2024, e o número de usuários amputados de MI em Alagoas, tendo em vista que apenas 40% dos usuários foram contemplados com dispositivos protéticos. Destes recursos tecnológicos disponibilizados pelo SUS para a população do Estado, 44% consistem em próteses exoesqueléticas e vão na contramão do que vem sendo verificado no restante do país, que destina apenas 28,54% direcionado a dispositivos exoesqueléticos. Estes dispositivos,

apresentam baixa tecnologia nos seus componentes, são pesados e não permitem um ajuste mais refinado dos aspectos biomecânicos do usuário. O que pode resultar em uma baixa adesão ao uso do dispositivo, fazendo com que o seu papel de reintroduzir o sujeito na sociedade e/ou garantir de volta a sua funcionalidade não seja atingido.

Adicionalmente, as informações obtidas com a realização deste estudo referente ao fluxo de dispensação em Alagoas e à complexidade do processo de reabilitação do usuário no Brasil, comprovaram a necessidade da inclusão de um Manual Operativo único ou universal para todo o país para dispensação de Próteses, Órteses e Materiais Especiais junto a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com espaço para diretrizes específicas em cada estado e/ou município, tendo em vista especificidades regionais, e interesses locais. Esta padronização dos procedimentos para concessão dos dispositivos tecnológicos, desde a atenção primária em saúde até o serviço de referência em concessão e das oficinas ortopédicas habilitadas, deve estar otimizada e qualificada. É importante observar também, a definição das competências e atribuições de cada ponto em relação à equipe multidisciplinar da oficina ortopédica habilitada; o estabelecimento dos prazos após o encaminhamento da solicitação para a concessão, bem como o acompanhamento psicológico, em programas de atividades físicas, de reinserção social e laboral dos usuários após a dispensação do dispositivo.

Apesar do estudo permitir a compreensão da política pública de inclusão social e atenção à saúde, a pesquisa tem como limitações a necessidade de novo estudo transversal, mas com abordagem quantitativa, com amputados de membros inferiores residentes no estado de Alagoas, participante de algum dos dezenove (19) Centros Especializados em Reabilitação (CER), com objetivo de verificar, além o perfil epidemiológico, os aspectos sociais, psicológicos e laborais frente às políticas públicas voltadas a dispensação de próteses para esta população.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Federal de Alagoas (IFAL), pelo apoio incondicional e pelos recursos financeiros disponibilizados, sem os quais não teria sido possível desenvolver as atividades acadêmicas. Parte do presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Plano Estadual de Saúde 2020/2023. Maceió, AL: SESAU, 2020. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BENEDETTO, K. M; FORGIONE, M. C. R; ALVES, V. L. R. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica*, 2002: 9(2):85-9.

BRAGA L. W. et al. Pediatric specialists in assistive solutions. In: Federici S, Scherer MJ, editors. *Assistive technology assessment handbook*. Boca Raton: CRC Press; 2012. p. 245-68.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm. Acesso em 27 jun.2023.

BRASIL. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União* 2002; 5 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.848 de 6 de novembro de 2007. Aprova a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 nov. 2007*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html. Acesso em: 19 mai. 2023.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. *Tecnologia Assistiva*. – Brasília: CORDE, 2009. 138 p. Disponível em: http://www.galvaofilho.net/livro-tecnologia-assistiva_CAT.pdf. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 36.

BRASIL. Lei n.º 13.146/2015, de 06.07.2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 19 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf. Acesso em 12 maio. 2023.

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 em Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 108 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_proteses_auxiliares_locomocao.pdf. Acesso em 05 maio. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 23 ago. 2024.

CARVALHO, J. A. Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação. In: Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação. Barueri-SP: Manole, 2 ed. 2003. 365p.

CHRISPINO, A. Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016.

CLEMENTE, A. J. Leonardo Secchi. Análise de Políticas Públicas: Diagnóstico de Problemas, Recomendação de Soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 26, p. 313-322, ago. 2018.

DELISA, Joel A. et al. Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática. In: Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole. 3ed. 2002. xxxi, 948p.

FERREIRA, H. A.; MOTA, P.; BOUSQUAT, A. Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: na periferia da governança de São Paulo. Saúde e Sociedade, 32(2), p. e210894pt, 2023. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210894pt>

FONSECA, M. et al. Órteses e próteses: Indicação e tratamento. Rio de Janeiro: Águia Dourada, p. 19-20, 2015.

GAILEY, R. S. et al. The Amputee Mobility Predictor: An instrument to assess determinants of the lower-limb amputee's ability to ambulate. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 83, n. 5, p. 613-627, 2002. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.32309>.

HAFNER, B. J.; SMITH, D. G. Differences in function and safety between Medicare Functional Classification Level-2 and -3 transfemoral amputees and influence of prosthetic knee joint control. Journal of Rehabilitation Research & Development, v. 46, n. 3, p. 417-434, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 22 jun. 2024.

KHASNABIS, C.; MINES, K.; WORLD HEALTH ORGANIZATION. Wheelchair service training package: basic level. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em <https://med-fom-millerresearch-med.sites.olt.ubc.ca/files/2012/04/WHO-Wheelchair-service-training-package-basic-level.pdf>. Acesso em 12 jun. 2024.

NOGUEIRA, G. C. et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 10, p. 3131-3142, out. 2016.

ROCHA, E. F. Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas. In: ROCHA, E.F. (Org.). Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, p. 9-60, 2006.

ROLIM, G. B.; SANTOS, G. V. S.; BAGGIO, J. A. O. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Maceió: fatores limitantes ao acesso dos serviços de reabilitação pela pessoa com deficiência. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal de Alagoas, Campus de Arapiraca, Alagoas. 2022. Disponível em: <https://ud10.arapiraca.ufal.br/repositorio/publicacoes/4363>. Acesso em: 8 jan. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Manual Operativo para concessão de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e meios auxiliares de locomoção. 2014. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conselhos-e-comissoes/cib/anexos-deliberacao-2014/9315-anexo-1-manual-deliberacao-502-2014/file>. Acesso em: 28 ag. 2024.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Manual Operativo Para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Estado do Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338328684_PCD%20Manual%20de%20OPMs.pdf

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre: ano 8, n.16, jul/dez, p. 20-45, 2006.

UNITED NATIONS. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). 2006. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/>. Acesso em: 17 mai. 2023.