

CAPÍTULO 7

O PERFIL DOS PACIENTES AMPUTADOS DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER II) UNESC

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/saudef07>

Priscila Schacht Cardozo

Mágada Tessman

Marcelo Emílio Beirão

Suzamara Vieira Salvador

Larissa Alves Gregório

VOLTAR AO SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) (IBGE, 2015), desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1,3% da população do Brasil declarou possuir deficiência física, além disso, no país 0,3% da população nasceu com deficiência física, enquanto 1% a adquiriu em decorrência de doença ou acidente.

A retirada cirúrgica ou traumática de um segmento corpóreo é o que caracteriza a amputação (SANTOS; ANTUNES, 2007). Esse tipo de procedimento cirúrgico é um dos mais antigos de que se tem conhecimento (PEDRINELLI, 2004). Além disso, a amputação é considerada uma cirurgia reconstrutora, na qual se separa do organismo, parcial ou totalmente, um membro ou parte do corpo, causando assim uma grande repercussão social e envolvendo serviços e profissionais de todos os níveis de atenção em saúde.

As repercussões sociais na vida das pessoas amputadas se iniciam com uma nova identidade: ser uma pessoa com deficiência. Independente da causa da amputação, inicia-se o reconhecimento de um outro modo de existir no mundo. O termo “pessoa com deficiência” tem sido utilizado a partir da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas Com Deficiência (2006) e tem como objetivo destacar que a deficiência é reconhecida como uma característica das pessoas, e não como apêndice. O apêndice está representado no termo “portador de necessidades especiais”, por exemplo, ou no termo “deficiente”, que reduz a pessoa exclusivamente a sua deficiência.

A amputação pode ser resultante da má qualidade da prevenção com as doenças de base, da ação terapêutica no tratamento de doenças avançadas ou de um evento agudo. Das doenças de base, a literatura destaca que a taxa de amputações tem sido considerada um indicador da qualidade dos cuidados da complicação do pé diabético, e que as variáveis nesses tipos de amputações podem ser a renda familiar, o conhecimento do valor da glicemia, tempo de Diabetes Mellitus, tabagismo, tempo de procura por atendimento e gangrena, dentre outros fatores (DINIZ *et al.*, 2019).

Nos estudos epidemiológicos, as amputações por traumas não superam as amputações por doenças de base, além disso sofrem grande influência das legislações de trânsito (BARBOSA *et al.*, 2016). No Brasil, segundo estudo elaborado no Estado do Maranhão, o perfil das pessoas que sofrem amputações traumáticas, em geral, apresenta idade média de 33 anos, 81% do sexo masculino, 76% ingeriam bebida alcoólica e o nível de amputação mais recorrente é transfemural; e a precedência da amputação geralmente é de acidente por colisão (78%), atropelamento (16%) e queda de motocicleta (16%) (VIEIRA, 2018).

Assim, o cuidado e tratamento em saúde com as pessoas amputadas exige que os profissionais de saúde desenvolvam competências específicas acerca da problemática das amputações (VARGAS *et al.*, 2014). Isso porque são situações que geram cuidado de urgência e emergência num primeiro momento, seguido de um longo processo de reabilitação. Em decorrência disso, as sequelas funcionais se agravam, principalmente devido à carência observada na equipe multiprofissional responsável pelo acolhimento, manejo e intervenção com essas pessoas no tempo resposta correto.

Dessa forma, o capítulo que ora apresentamos tem como objetivo apresentar o perfil dos pacientes amputados atendidos no CER II Unesc. Oportunizando assim a reflexão sobre a condição da pessoa com deficiência em nossa sociedade e os cuidados em saúde que contemple as suas especificidades.

O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO E O ATENDIMENTO AOS PACIENTES AMPUTADOS

Com o objetivo de qualificar os atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2012 o Ministério da Saúde disponibilizou o documento “Diretriz Nacional de Atenção à Pessoa Amputada”, que prevê ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado, através da am-

pliação da integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada (DA LUZ *et al.*, 2015).

Aliado a isso, o Centro Especializado em Reabilitação (CER), instituído pela portaria 835/2012, constituiu-se como um serviço de atenção especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde, e seu funcionamento é complexo em sua natureza, tendo como essência a proposta de coordenação e articulação de ações de promoção e de prevenção com as ações de reabilitação (MINAS GERAIS, 2017).

Alicerçados em conceitos como integralidade (MATTOS, 2004), inclusão (VALLE; CONNOR, 2014), assistência usuário-centrada (assistência centrada no paciente) e em redes de atenção, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) (BRASIL, 2012) prevê, dentre suas diretrizes, a interlocução entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e os serviços de saúde especializados para garantir a implementação de ações de natureza intersetorial para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013b), tendo por base um território adscrito e a garantia de acessos a todos os serviços que o usuário necessite, a fim de satisfazer, em qualidade e quantidade, suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

O CER é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva para as pessoas com deficiência, considerado referência para a Redes de Atenção à Saúde (RAS) dentro do seu território adscrito, podendo ter as seguintes configurações:

- CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual);
- CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física e visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e

- CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual) (BRASIL, 2013a).

As normativas responsáveis pelo estabelecimento dos requisitos mínimos necessários para os componentes da Atenção Especializada da RCPD estão previstas na portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. Neste documento, encontram-se as informações necessárias para que os municípios ou instituições possam dar início aos trabalhos para a habilitação de um CER (BRASIL, 2013a).

Os atendimentos prestados pelo CER são realizados de forma a articular todos os pontos de atenção da RAS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2007).

O PTS, por sua vez, deve ser uma construção coletiva, envolvendo a equipe de profissionais, o usuário e sua família, considerando as necessidades de saúde percebidas e mencionadas por cada usuário em específico, considerando, para isso, sua compreensão da vida, suas subjetividades e sua singularidade (SILVA *et al.*, 2016). A construção do PTS se dá de maneira horizontal, contemplando todos os atores sociais envolvidos no processo do cuidado (ANDRADE *et al.*, 2017).

Deve-se considerar como sendo pontos chaves dos atendimentos prestados pelo CER as tecnologias relacionais e a clínica ampliada, dentre as quais podemos citar o acolhimento, a escuta qualificada, empoderamento e vínculo, propondo, assim, o comprometimento processual de todos e assumindo dessa maneira um novo modo de assistência à saúde.

O CER, por meio da sua institucionalização, busca, dentre os seus princípios e diretrizes, ser centrado nas necessidades do usuário-família-comunidade, e a oferta de reintegração na sociedade, respeitando, assim, os direitos do usuário enquanto cidadão e enquanto sujeito em condições de desenvolvimento de vida qualificada e integrada à sua realidade local diária (MINAS GERAIS, 2017).

Consideramos que o CER é um local de pesquisa e de inovação tecnológica na área da reabilitação, tornando-se polo para a qualificação profissional no campo da reabilitação, utilizando como instrumento a educação permanente em saúde (JORGE *et al.*, 2015).

Dessa forma, o atendimento no CER aos pacientes amputados está pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente na integralidade do cuidado.

MÉTODO

O estudo foi aprovado mediante a carta de aceite assinada pela Gestora do Centro Especializado em Reabilitação de Criciúma-SC, tendo como delineio do estudo o transversal. A coleta dos dados se deu por meio da entrevista de 88 pacientes com deficiência física do tipo amputação de algum membro e já admitidos no serviço no período de janeiro a julho de 2019.

Os dados foram coletados de questionário elaborado pelos autores, considerando sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, nível da amputação, município de origem e renda mensal. Na sequência foi construído o banco de dados, em formato de planilha (Excel), e importado o conteúdo para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), onde foram obtidas as médias, medianas e as tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo “pessoa com deficiência” tem sido utilizado desde o ano de 2006, quando ocorreu a promulgação da Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2006). Historicamente, esse termo já apresentou diversas denominações diferentes; no entanto, após a construção de espaços de protagonismo das pessoas com deficiência nos movimentos sociais e a reivindicação de direitos, especialmente dos direitos humanos, atualmente,

considera-se fundamental esta terminologia. O termo é antecedido da palavra “pessoa”, o que caracteriza a presença de uma singularidade anterior à deficiência.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, no ano de 2001, a incidência de amputações no Brasil foi de 13,9 por 100 mil/habitantes por ano e, destas, 80.900 ocorreram por conta de complicações da Diabetes Mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Assim, convivemos com um número crescente de pessoas com amputações, construindo um contingente cada vez maior de pessoas com deficiência no país.

O processo de reabilitação, pós amputação é um processo lento e longínquo. Um momento que exige dedicação da pessoa amputada e a existência de uma rede protetiva. O processo de reabilitação favorece a independência das pessoas com amputações, oportunizando a realização de atividades diárias com qualidade e construindo possibilidades de reinserção social (PRIM *et al.*, 2016).

Nesse cenário, é importante a compreensão acerca dos conceitos de acessibilidade e de acesso. O primeiro se refere à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde. A acessibilidade depende de fatores sócio-organizacionais e geográficos que se relacionam, além dos fatores sociais e culturais, a origem étnica e as preferências religiosas. A acessibilidade também é um fator da aceitabilidade social para a assistência (DONABEDIAN, 2003).

A história mostra que as incapacidades, independentemente de sua natureza, sejam físicas ou intelectuais, foram consideradas por muitos anos como atributos das pessoas com deficiência, fortalecendo um estigma sobre tal condição. Já, atualmente, essas incapacidades são consideradas consequência de um conjunto complexo de situações e não mais um atributo ou uma marca que a pessoa com deficiência carregará durante toda sua história de vida, sendo abordadas, nos dias de hoje, nas suas dimensões biológica, individual e coletiva (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Já o conceito de acesso pode ser abordado como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e no seu em-

poderamento para escolha. Existem fatores como a existência de um serviço específico ao alcance do indivíduo, bem como cordialidade com o usuário; a existência de sistemas de marcação e conveniência de horários; a capacidade do paciente em arcar com os custos diretos e indiretos da assistência e o modelo de financiamento do sistema de saúde; os fatores subjetivos, sociais e culturais. Dessa forma, o nível de acesso aos serviços de saúde seria determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e comunidades e o sistema de saúde (THIEDE; McINTYRE, 2008).

Ainda, em se tratando do acesso, na dimensão estrutural, sabe-se que o subfinanciamento do sistema de saúde constitui uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com isso, o acesso sendo determinado por situações de vulnerabilidade da população, que depende do capital humano, físico, financeiro e social (VIEGAS; CARMO; DA LUZ, 2015).

Nesse cenário, é importante o reconhecimento do conceito de capacitismo. O capacitismo é expresso nas “atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e de capacidade funcional” (MELLO, 2016). O reconhecimento das práticas capacitistas oportuniza a construção de visibilidade para as violências que incidem sobre a vida das pessoas com deficiência, pois o seu enclausuramento, por séculos, construiu o imaginário que hoje é identificado em dois extremos: a superação ou o coitadismo. Esse entendimento é importante também para que possamos desconstruir as fronteiras entre as pessoas com deficiência e as pessoas sem deficiência.

E no âmbito das pessoas com amputação, o extremo da “superação” ainda é latente e gera sofrimento, pois o processo de amputação na maioria dos casos acontece de forma traumática e desestabilizadora da realidade vivida, ocasionando impactos com prejuízos físicos, emocionais e sociais que esta nova condição de estar no mundo impõe (GARCIA; RIBEIRO, 2019).

Dessa forma, a Tabela 1 apresenta a seleção dos prontuários de 88 pessoas com deficiência física do tipo amputação atendidas no Centro

Especializado em Reabilitação II da Unesc. Estas pessoas estavam em atendimento no CER no período vigente da pesquisa e o perfil que obtivemos é o seguinte: 47 (53,4%) eram do sexo masculino, 71 (80,7%) eram de raça/cor branca, 42 (47,7%) eram casados, 31 (35,2%) tinham o ensino fundamental incompleto, 43 (48,9%) tinham como o município de origem Criciúma, 59 (67%) tinham amputação no nível transfemural, com a média de idade de \pm 57,5 anos, com renda mensal de \pm R\$ 1.486,89.

Tabela 1 - Dados socioeconômicos de sexo, idade, renda mensal, cor da pele, estado civil, escolaridade e cidade. Centro Especializado em Reabilitação – UNESC, Criciúma, 2019

VARIAVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	47	53,4
Feminino	41	46,6
Cor da pele		
Branco	71	80,7
Não branco	17	19,3
Estado civil		
Solteiro	17	19,3
Casado	42	47,7
Divorciado	29	33
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	31	35,2
Ensino fundamental completo	14	15,9
Ensino médio incompleto	24	27,3
Ensino médio completo	13	14,8
Ensino superior incompleto	4	4,5
Ensino Superior Completo	2	2,3

Continua...

Continuação.

Município de origem dos usuários		
Bal. Arroio do Silva	1	1,1
Bal. Rincão	4	4,5
Criciúma	43	48,9
Ermo	1	1,1
Forquilha	11	12,5
Içara	8	9,1
Jacinto Machado	2	2,3
Lauro Muller	3	3,4
Maracajá	1	1,1
Nova Veneza	2	2,3
Praia Grande	2	2,3
Santa Rosa do Sul	1	1,1
Siderópolis	6	6,9
Sombrio	2	2,3
Urussanga	1	1,1
Idade		
Média	57,50	
Mediana	51,10	
Desvio padrão	19,84	
Renda mensal		
Média	1486,89	
Mediana	1200,00	
Intervalo interquartil	1002	
Nível da amputação		
Transfemural	59	67
Transtibial	29	33

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

Segundo Monteiro *et al.* (2018), no Brasil as amputações do membro inferior correspondem a 85% do total. No ano de 2011, cerca de 94% das amputações realizadas pelo SUS foram em membros inferiores. O estudo de Monteiro *et al.* (2018) mostra que, em nosso país, a maior frequência de amputações ocorre em nível transfemural e transtibial.

O perfil apresentado neste estudo destaca que 53,4% dos pacientes amputados atendidos no CER II Unesc eram homens. A diferença de 6,8% entre os sexos neste estudo não é estatisticamente significativa, assim como no estudo de Bortoletto *et al.* (2010) em que também não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos nos casos de amputações. No entanto, Bortoletto *et al.* (2010) apresentam outros estudos que indicam que, quando observamos as amputações por etiologia, das amputações por complicações com diabetes mellitus, o índice é maior no sexo masculino. E, nas amputações causadas por doenças vasculares periféricas, são duas vezes mais no sexo masculino, desta forma, podemos construir a hipótese de que o autocuidado em saúde entre os homens é mais fragilizado.

Ainda no perfil da população deste capítulo, 47,7% eram pessoas casadas, o que indica que os vínculos familiares estavam presentes em quase metade das pessoas amputadas atendidas no CER II Unesc. Segundo Santos (2014), as pessoas que sofrem a perda de um membro, e que, portanto, estão em uma situação de vulnerabilidade, sofrem também mudanças significativas em suas vidas: no seu modo de agir, de se comportar, afetando a sua qualidade de vida e, especialmente, na sua rede de relações pessoais.

Na interface entre o referencial teórico e nossa experiência como profissionais no CER II Unesc para análise dos dados deste capítulo, percebemos que as relações sociais geralmente ficam extremamente fragilizadas para as pessoas que adquirem uma deficiência. Visto que o capacitismo ainda incide sobre nossa sociedade, gera sofrimento e produz isolamento. Identificamos esse cenário quando seus amigos e amigas deixam de visitar, quando a empresa onde a pessoa com deficiência trabalhava não está disposta a fazer adaptações,

quando a pessoa com deficiência verbaliza sua “inutilidade” diante da possibilidade de não ter um corpo com a funcionalidade normatizada.

Ainda neste cenário de inclusão e exclusão, considerar a escolaridade é também avaliar o potencial ou a fragilidade para o cuidado e autocuidado em saúde, pois, segundo Cardoso (2006), o nível de escolaridade pode representar influência no estilo de vida e no tipo de redes sociais. Ainda segundo o autor, considerar a escolaridade das pessoas é também uma medida da capacidade da pessoa para usar os conhecimentos construídos, de forma mais ou menos eficaz, para confrontar ou tolerar situações sociais e econômicas que têm efeitos na saúde. Dessa forma, nesta pesquisa, consideramos que 35,2% das pessoas declararem como nível de escolaridade o ensino fundamental completo é um fator a ser considerado também para o cuidado em saúde, o que pressupõe a busca pela construção de estratégias que aproximem profissional, família e pessoa com amputação.

Buscando apoio na literatura nacional sobre o perfil das pessoas amputadas, o estudo de Monteiro *et al.* (2018) considerou que no público-alvo de sua pesquisa a escolaridade mediana encontrada foi de 4 anos. Do total de entrevistados, 55% dos indivíduos tinham até 4 anos de escolaridade (11,67% nunca estudaram e 43,33% estudaram de 1 a 4 anos).

Assim, observamos que a baixa escolaridade é uma realidade entre as pessoas com amputação no Brasil. E consideramos que este cenário tem impacto negativo para a promoção do cuidado em saúde e para o fortalecimento dos vínculos de trabalho e renda.

Em nossa pesquisa, as pessoas amputadas no CER II Unesc declararam renda mensal média de R\$ 1.486,89. Para Monteiro *et al.* (2018), a renda média encontrada foi de R\$ 1.010,83, e a maioria dos entrevistados (86,67%) recebia até R\$ 937,00. Sendo assim, observa-se correlação entre renda e escolaridade das pessoas com amputação.

Segundo Cardoso (2006), a remuneração irá limitar ou ampliar o acesso às condições materiais que poderão satisfazer as necessidades básicas de sua vida. Segundo o autor, a remuneração também pode controlar os meios de subsistência

(nutrição, habitação etc.) e o recurso a serviços e assistência (cuidados de saúde, oportunidades para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis etc.).

A idade de nosso público-alvo nesta pesquisa foi em média de 57,5 anos. O dado se aproxima do apurado no trabalho de Monteiro *et al.* (2018), que considerou a média de 60 anos. Assim, pode-se também relacionar essa realidade com a etiologia das amputações, que, nesta pesquisa foram as que seguem: vasculopatias (66,6%), Diabetes Mellitus (20%), acidente automobilístico (10%), outros motivos (1%). Isso posto, consideramos que, sendo a maioria amputações por complicações com Diabetes Mellitus e as doenças de vasculopatias aliadas à idade de pessoas que se aproximam das condições de pessoas idosas, novamente, observa-se a importância do autocuidado e da prevenção em saúde.

Enquanto política de saúde, esse dado é preocupante, visto que a amputação demanda um processo de reabilitação qualificado, de longo prazo, e que essa situação de saúde requer também a intervenção de vários níveis de atenção. Segundo Barreto, Carreira e Marcon (2015), as organizações internacionais preveem que, no ano de 2025, existirão 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos de idade. No Brasil, conforme o estudo, houve o aumento de 45,9% da nossa população idosa acima de 65 anos entre os anos de 1980 e 2000. Assim, pensar que o perfil das pessoas amputadas é de pessoas que estão adentrando o envelhecimento é avaliar a necessidade de maior investimento de tecnologias leves e duras (MERHY; FRANCO, 2003) para o atendimento em saúde das pessoas amputadas.

Além disso, constatou-se que os pacientes amputados no CER II Unesc apresentam como comorbidades a Diabetes Mellitus (60%), a hipertensão arterial (26,6%) e a Dislipidemia (13,3%). Estas que são consideradas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) e que incidem majoritariamente sobre as pessoas idosas ou em processo de envelhecimento em nosso país (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Os pacientes amputados atendidos no CER no princípio do processo de reabilitação chegam ao serviço utilizando para locomoção os seguintes

meios: cadeira de rodas (7,33%), muletas (20%) e andador (6,66%). Além disso, observamos que 67% tinham amputação no nível transfemural. Estes dados também se aproximam do estudo de Monteiro *et al.* (2015), em que o nível de amputação transfemural foi o mais prevalente (55%). E construímos a hipótese de que este nível de amputação pode estar relacionado à etiologia, em sua maioria, com vasculopatia e diabetes mellitus.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, considera-se que o perfil dos pacientes com amputações atendidos no CER se aproxima do perfil expressado nos estudos nacionais. Considerando que são pessoas em processo de envelhecimento, com vínculos familiares preservados. O que chama atenção é a baixa escolaridade e a fragilidade de acesso à renda para os cuidados em saúde, o que não potencializa, por exemplo, a prevenção às amputações. Além disso, destaca-se a importância do trabalho do CER enquanto um serviço multiprofissional e especializado em prestar assistência às pessoas com amputações.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.; OTANI, M.; HIGA, E.; MARIN, M.; GARCIA, V. C. Projeto terapêutico singular em uma unidade de internação psiquiátrica: aproximações e distanciamentos. **Atas – Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 492-501, 2017.

BARBOSA, B. M. B.; MONTEIRO, R. A.; SPARANO, L. F.; BAREIRO, R. F. N.; PASSOS, A. D. C.; ENGEL, E. E. Incidência e causas de amputações dos membros inferiores em Ribeirão Preto de 1985 a 2008: avaliação de 3.274 casos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 317-325, 2016.

BORTOLETTO, M. S. S.; VIUDE, D. F.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de mem-

bros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 32, n. 2, p. 205-213, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 835**, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 25 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.303**, de 28 de junho de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, 1º jul. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **Viver sem Limites** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH/PR-SNPD, 2013b.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.612**, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília, 18 nov. 2011.

CARDOSO, H. F. V. A quantificação do estatuto socioeconômico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. **Antropologia Portuguesa**, v. 22/23, 2006.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

DA LUZ, S. C. T.; DA SILVEIRA, L. S.; DOS SANTOS, K. P. B.; BRANCO, R. L.; CAMPOS, P. V. **Construção e aplicação de um modelo de atenção à pessoa amputada no programa reabilitar e integrar baseado na diretriz do ministério da saúde.** In: 25º Seminário de Iniciação Científica, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis: 2015.

DINIZ, I. V.; OLIVEIRA, P. S.; SANTOS, I. C. R. V.; MATOS, S. D. O.; COSTA, I. K. F.; COSTA, M. M. L.; SOARES, M. J. G. O. Fatores associados à amputação não traumática em pessoas com Diabetes Mellitus: um estudo transversal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, p. 1-9, 2019.

DONABEDIAN, A. **Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde.** Nova Iorque: Universidade de Oxford, 2003.

GARCIA, E. J. S.; RIBEIRO, J. F. S. A dimensão afetiva e psicossocial da perda na amputação—um estudo de revisão. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 1, 2019.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013:** ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JORGE, M. S. B.; DINIZ, A. M.; LIMA, L. L.; PENHA, J. C. Apoyo matricial, plan terapéutico singular y producción del cuidado en salud mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1411-1416, 2004.

MEDEIROS, L. S. P.; SILVEIRA, M. C.; BOM, B. M.; SOUZA, G. N.; MANGILLI, E. M.; HANUS, J. S. *et al.* A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumentos de avaliação e tratamento do paciente com deficiência. In: Semana de Ciência e Tecnologia: Ciência Alimentando o Brasil, 2016, Criciúma. **Anais [...]**, Criciúma: Ediunesc, 2017.

MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, CEBES CDD 362.1, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual da Saúde. **Centros Especializados em Reabilitação (CER)** [Internet]. Minas Gerais, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cer>>. Acesso em: 10 set. 2017.

MONTEIRO, H. C.; SILVA, V. F. A.; FERREIRA, M. B.; BARBOSA, D.; MARTINS, C. A.; FORESTI, B. B. Perfil dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos por um centro de referência: estudo clínico e epidemiológico. **Rev FisiSenectus**, v. 6, n. 1, p. 38-47, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 6 de dezembro de 2006.

PEDRINELLI, A. **Tratamento do paciente com amputação**. São Paulo: Roca, 2004.

PRIM, G. S.; SANTOS, F. A. S.; VIEIRA, M.; NASSAR, V. Estudo comparativo prospectivo para a avaliação da reabilitação de usuários de próteses com amputações transtibiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3183-3192, 2016.

SANTOS, B. S.; ANTUNES, D. D. Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. **Educação**, v. 1, n. 61, p. 149-164, 2007.

SANTOS, J. R. **Qualidade de vida, capacidade funcional e rede de relações em amputados**. 2014. 88f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju, 2014.

SILVA, A. I.; LOCCIONI, M. F. L.; ORLANDINI, R. F.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M.; MAFTUM, M. A. Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

THIEDE, M.; McINTYRE, D. Informação, comunicação e acesso equitativo à assistência médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.

VALLE, J. W.; CONNOR, D. J. **Ressignificando a deficiência**: da abordagem social às práticas inclusivas na escola. Porto Alegre: AMGH, 2014.

VARGAS, M. A.; FERRAZZO, S.; SCHOELLER, S. D.; DRAGO, L. C.; RAMOS F. R. Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 526-532, dez. 2014.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Rev Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112. 2015.

VIEIRA, J. N. L.; DINIZ, W. P. M.; REGO, A. S.; SANTANA, T. C. F. S. Perfil dos pacientes amputados por acidentes automobilísticos. **Rev de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 10, n. 1, p. 47-56, 2018.