



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE DO CAMPUS ARARANGUÁ

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE FISIOTERAPIA

KATIA JORDÃO DIAS DE SOUSA LOPES

O QUE É REABILITAÇÃO?

ARARANGUÁ

2021

KATIA JORDÃO DIAS DE SOUSA LOPES

O QUE É REABILITAÇÃO?

Trabalho de Conclusão do Curso II de Graduação em Fisioterapia do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientação: Prof. Dr. Alessandro Haupenthal.

ARARANGUÁ

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lopes, Katia jordão dias de sousa
O que é reabilitação? / Katia jordão dias de sousa Lopes
; orientador, Alessandro Haupenthal, 2021.
21 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Araranguá,
Graduação em Fisioterapia, Araranguá, 2021.

Inclui referências.

1. Fisioterapia. I. Haupenthal, Alessandro . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Fisioterapia. III. Título.

Este trabalho é dedicado a toda minha família e amigos

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ser meu guia durante toda minha estadia cá, pela proteção.

Aos meus pais Maria Helena e José Dias, pelo investimento na minha educação e por serem minha fonte de inspiração.

Aos meus irmãos e aos demais familiares, pelo amor e carinho.

Ao meu orientador pela paciência e os ensinamentos.

Aos meus amigos pelo apoio e compreensão.

RESUMO

Quando se fala em reabilitação, muitos são os que associam o termo a recuperação de um membro, ou de uma determinada função física. Por ser uma palavra ampla, o conceito de reabilitação compreende várias definições, estando a mesma relacionada à história da deficiência. Por essa razão, o objetivo deste estudo é revisar o conceito da reabilitação, ao passo de desmistificar sua origem e como ela é vista atualmente na nossa prática clínica. Além disso, abordar as diferentes visões de uma estudante africana e como sua experiência de vida em dois países com culturas diferentes encara esse processo de alteração de visão de mundo em relação a meu país de nascimento na África e no Brasil no qual vim para concretizar meus estudos. Foi realizada uma revisão de literatura simples em diferentes bases de dados, independente do ano da publicação cujos os descritores fossem: reabilitação, deficiência, saúde. A reabilitação surgiu com objetivo de integrar sobretudo os soldados feridos e mutilados no seio da comunidade, após a primeira guerra. Com o surgimento da reabilitação foram desenvolvidas políticas de deficiências baseadas na reabilitação. Eventualmente, vários foram os fatores sociais e políticos que influenciaram a forma como a deficiência e a reabilitação foram conceituadas e como as pessoas com deficiência foram “categorizadas” ao longo do tempo. Atualmente uma vasta gama de recursos tecnológicos e qualidades das revisões sistemáticas contribuem para nossa tomada de decisão. Mas infelizmente hoje se sabe que nem todos os países, principalmente os do continente africano conseguem ter acesso a esses serviços, ainda mais quando alguns desses países a sociedade ainda é incutida com costumes que passam de gerações para gerações. Portanto, por mais que nos dias atuais haja criação de políticas voltadas para o serviço de reabilitação, é necessário que essas políticas tenham um olhar direcionado tanto para a realidade, assim como o contexto do sistema de saúde local e também nos costumes que ainda pairam em determinados países.

Palavras-chaves: Reabilitação, Deficiência, Reabilitação Profissional.

ABSTRACT

When it comes to rehabilitation, there are many who associate the term with the recovery of a limb, or of a certain physical function. As it is a broad word, the concept of rehabilitation comprises several definitions, which are correlated with the history of disability. For this reason, the aim of this study is to review the concept of rehabilitation, while demystifying its origin and how it is currently seen in our clinical practice. In addition, approaching the different views of an African student and how her experience of life in two countries with different cultures faces this process of changing the worldview in relation to my country of birth in Africa and in Brazil, where I came to realize my studies. A simple literature review was carried out in different databases, regardless of the year of publication whose descriptors were: rehabilitation, disability, health. Rehabilitation emerged with the aim of integrating, above all, wounded and mutilated soldiers into the community after the first war. With the emergence of rehabilitation, disability policies based on rehabilitation were developed. Eventually, several social and political factors influenced how disability and rehabilitation were conceptualized and how people with disabilities were “categorized” over time. Currently, a wide range of technological resources and qualities of systematic reviews contribute to our decision making. But unfortunately today it is known that not all countries, especially those on the African continent, manage to have access to these services, even more so when some of these countries' society is still instilled with customs that pass from generation to generation.

Therefore, as much as there is currently the creation of policies aimed at the rehabilitation service, it is necessary that these policies have a look directed both to reality, as well as the context of the local health system and also the customs that still hover in certain countries.

Keywords: Rehabilitation, Disability, Professional Rehabilitation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1.1 O QUE É REABILITAÇÃO?	8
MATERIAIS E MÉTODOS	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

1.1 O QUE É REABILITAÇÃO?

Durante a Idade Média, os movimentos corretos, regulares e descanso apropriado permaneceram como os pilares gerais difundidos de um estilo de vida saudável dedicado ao gerenciamento de condições patológicas e à recuperação da saúde no caso de doenças consolidadas (CONTI, 2014). Segundo Stone *et al*, ao longo da idade média na civilização cristã ocidental, os pobres que dependiam da assistência de caridade foram divididos de duas formas; aqueles com capacidade de trabalhar e aqueles que eram chamados de enfermo, sendo essas pessoas com deficiência, doença, velhice, ou seja, circunstâncias de vida que lhes impossibilitava de trabalhar ou manter sua existência por conta própria ou de seus círculos familiares. Sendo esse último considerado merecedores ou dignos, uma vez que eles eram vistos como parte da ordem natural e cumprindo um papel social e espiritual como beneficiários das esmolas e obrigações dos membros ricos da sociedade (STONE, 1986; CASTEL, 1989, 1999, 2003; STIKER, 1997, 1999). Entretanto, essa distinção entre sãos e deficientes se estabeleceu em meados do século XIV após a Peste Negra (CASTEL, 1989, 2003; TRATTNER, 1999). E foi no período do renascimento, entre os séculos XV e XVI d.C., que as ideias voltadas para prevenção de doenças e a manutenção da saúde tornaram-se cada vez mais técnicas, direcionadas especificamente para a reabilitação de deficientes físicos (CONTI, 2014).

No séc. XX propriamente, durante a primeira guerra mundial, que se deu um dos marcos da reabilitação, em que surgem as ciências de reabilitação como possibilidade de integrar o indivíduo ao seio da comunidade, em virtude do grande número de soldados feridos e mutilados. Sendo o foco dessas ciências tanto o restabelecimento físico como a reintegração do indivíduo como um todo (TITTANEGRO,2006). Ou seja, as ações de reabilitação visavam ao desenvolvimento das capacidades e das habilidades, dos recursos pessoais e dos comunitários, para promover o máximo de independência e a participação social das pessoas com deficiência. “Naturalmente esse discernimento que as pessoas com deficiência

precisavam ser reabilitadas ao invés de assistidas, se consolidou e essa posição gradualmente moldou as políticas de deficiência em todos os países industrializados, com grandes desenvolvimentos após a Segunda Guerra Mundial (STIKER, 1997, 1999)”.

O estabelecimento de programas de seguridade social nas décadas de 1930 e 1940 solidificou a responsabilidade do Estado de atender aos deficientes civis (STIKER, 1997, 1999). Reabilitação, que se estendeu e trouxe consigo o desenvolvimento de políticas de deficiência baseadas em outros domínios além do simplesmente profissional (incluindo educacional, psicológico e assim por diante).

Para Gláucia, o termo reabilitação vem de devolver a habilidade, tornar hábil (TITTANEGRO, 2006), diferente do instituto *British Council for Rehabilitation* que em 1944 definiu a reabilitação como "toda a gama de serviços desde o início da deficiência do indivíduo até o ponto em que ele é restaurado à atividade normal ou a abordagem mais próxima possível de isto" (GENSINI; CONTI, 2003).

Todavia, o que poderia ser marcado como uma fase de reabilitação clinicamente dominante, a deficiência foi conceituada em termos de desvio das normas ou padrões funcionais e sociais (BECKER, 1963). Inicialmente a reabilitação visava reduzir ou resolver esses desvios, desenvolvendo e mantendo as capacidades funcionais das pessoas com deficiência. No entanto, as políticas de reabilitação ainda favoreciam a institucionalização ao invés da reintegração social, profissional e educacional das pessoas com deficiência (STIKER, 1997).

No Brasil, atualmente se espera que as ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade quanto o princípio da integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Uma vez que a reabilitação compreende um conjunto de intervenções destinadas a reduzir a incapacidade e otimizar a funcionalidade dos indivíduos com problemas de saúde, de modo a possibilitá-los uma melhor interação com o meio ambiente. Como tal, não se restringe a um grupo minoritário de pessoas com deficiência ou com deficiências significativas de longo prazo (KRUG; CIEZA, 2017). Haja vista, que com o aumento dos recursos tecnológicos, cada vez mais pessoas têm sobrevivido a doenças e traumas físicos, conseqüentemente há uma maior atuação de profissionais em reabilitação. No panorama atual, nos últimos anos, tem crescido o

esforço para reduzir o ônus da deficiência relacionada ao músculo esquelético, no campo da reabilitação (ESCORPIZO, 2014).

Portanto, nas últimas décadas, grande ênfase tem sido dada ao impacto causado por uma deficiência ao bem-estar global do indivíduo (QUEIROZ; ARAÚJO, 2009). Contudo, ao invés de focar nos danos e prejuízos desencadeados por patologias, busca-se identificar e promover os recursos a serem utilizados no paciente para sua reinserção social.

Assim sendo, a existência de serviços especializados constitui elo importante entre as necessidades individuais e a adaptação a um determinado sistema social. Dessa forma, o trabalho em equipe representa uma possibilidade de favorecer o processo de reabilitação, tal como concebido desde 1980 (STRAUB, 2005). Porém o mesmo não acontece nos países africanos, sobretudo nas rotas subsaarianas, onde a medicina tradicional ainda está incutida nas crenças religiosas e na cultura local, consolidadas assim nas práticas, na vida cotidiana e nos costumes dos diferentes povos desse continente.

Sabe-se que hoje, o número, o escopo e a qualidade das revisões sistemáticas estão crescendo em um ritmo muito rápido na reabilitação (TATE, 2006). E essas revisões são ferramentas valiosas para continuar a construir um forte corpo teórico de conhecimento. Visto que em reabilitação, o processo de tomada de decisão envolve vários passos (QUEIROZ; ARAÚJO, 2009). Mas como podemos pensar em reabilitar ou tomar decisões quando sabemos que o acesso a qualidade dessas revisões, além de não se distribuem igualmente pelos países e pelas populações, muitas das vezes têm que fazer frente ao costume, a cultura local incutida ao longo de gerações e déficits de recursos humanos.

Diante deste questionamento, o presente estudo objetiva revisar o conceito da reabilitação, ao passo de desmistificar sua origem, como ela é vista atualmente na nossa prática clínica e como dentro de um país africano ela é encarada/sentida em comparação com o país no qual estou estudando.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, em que foram analisadas produções bibliográficas na área da saúde; livros, artigos, tese de mestrado, que vêm fornecendo o estado da arte sobre a reabilitação para entendermos o que os autores têm discutido sobre o tema. Foram considerados produções cujos descritores utilizados incluíssem reabilitação, deficiência, saúde, independente do ano da publicação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora a guerra não tenha trazido a primeira experiência de deficiência e deficiência para a sociedade, ela produziu um conjunto específico de demandas que desafiou a resposta de longa data, relativamente passiva e a provisão de suporte e serviços para pessoas com deficiência (MCPHERSON; GIBSON; LEPLEGE, 2015). Serviços esses, que outrora eram amplamente vistos como um meio de alcançar duas coisas. O primeiro era reduzir a dependência, aumentando a função e ajudando os soldados deficientes a se reintegrarem em suas vidas e comunidades e o segundo reduzir a carga sobre a sociedade que o retorno de tantos jovens “dependentes” e deficientes trouxeram (MCPHERSON; GIBSON; LEPLEGE, 2015).

Ao longo das décadas foram desenvolvidos vários tipos de modelos de deficiência e classificações internacionais. Um dos primeiros modelos foi de Nagi, em que ele define a deficiência como uma “expressão de uma limitação física ou mental em um contexto social, uma lacuna entre as capacidades do indivíduo e as demandas criadas pelo ambiente físico e social”, e descreveu a deficiência por meio de quatro conceitos: patologia ativa, deficiência, limitação funcional e deficiência (MASALA; PETRETTO, 2010). De salientar que um dos objetivos desse modelo era conceituar a deficiência e orientar intervenções de reabilitação.

Todavia esse modelo implica que o ambiente poderia ser estudado separadamente do indivíduo.

Engel no ano de 1977, em um dos seus estudos, identificou a necessidade de um novo modelo médico. Inicialmente sua ideia era oferecer um modelo holístico, que respondesse às críticas do reducionismo que se dirigia à medicina científica da época.

Além disso, o modelo foi dividido em três dimensões (biológica, psicológica e social) com intuito de desempenhar um papel significativo no funcionamento de uma pessoa doente ou com deficiência, como também o tratamento ou cuidados necessários para abordar cada uma das dimensões.

Em contrapartida, nem o modelo de deficiência de Nagi nem o modelo biopsicossocial incluíram um sistema de classificação. Tendo em conta, que o desenvolvimento de uma classificação é considerado um importante passo epistemológico na operacionalização de um modelo, especialmente para sustentar a medição. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1994, desenvolveu um sistema de classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID) como pilar para construção de uma nova classificação predecessor aquela desenvolvida tanto por Farr em 1855 como também por Bertillon algumas décadas mais tarde, isto é, em 1893.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF com o objetivo de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde, ou seja , a CIF foi elaborada tendo como finalidade estabelecer mecanismo de comunicação entre profissionais de saúde, fundamentada na utilização de uma linguagem unificada e padronizada, que possibilitasse a identificação dos impactos na vida cotidiana dos indivíduos e grupos populacionais decorrentes de doenças e de mudanças estruturais físicas e psíquicas.

Ela destacava a necessidade de considerar e avaliar esses aspectos de atividades e participação de um indivíduo, a fim de otimizar a funcionalidade e minimizar a deficiência. Por essa razão, uma das principais diferenças entre a CIF e o modelo biomédico tradicional, é que o último dos quais se baseia principalmente na patologia e na etiologia da doença.

Com a introdução da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF; Organização Mundial da Saúde 2001) como uma estrutura para a prática de reabilitação, foi feita uma conexão objetiva do papel da reabilitação no aumento da

participação. No entanto, as interpretações (e realizações) da reabilitação ainda são muito amplas. Autores como Patston (2007) e Hammel (2006) apontam que a nossa prática permanece muito focada na patologia e / ou deficiência ou que está associada a disciplinas específicas como o caso da fisioterapia (MCPHERSON, 2006).

Apesar de a reabilitação ter surgido no século XX como um sistema de práticas, contextualizado no quadro da medicina. O foco dos profissionais de reabilitação em relação ao resultado tem sido comumente em suas características pessoais (por exemplo, idade, sexo) (DEMOU; GIBSON; MACDONALD,2012) ou aspectos percebidos como relacionados ao seu nível de especialização (por exemplo, anos de experiência, educação e treinamento). Straub traz, que nas últimas décadas, grande ênfase tem sido dada ao impacto causado por uma deficiência ao bem-estar global do indivíduo. Mas, ao invés de focar nos danos e prejuízos desencadeados por patologias, busca-se identificar e promover os recursos do paciente para sua reinserção social. Desta maneira, a existência de serviços especializados constitui elo importante entre as necessidades individuais e a adaptação a um determinado sistema social. Por essa razão, o trabalho em equipe representa uma possibilidade de favorecer o processo de reabilitação, tal como concebido desde 1980 (STRAUB, 2005).

Foi no Decreto-Lei nº 48.959/1960 que o termo reabilitação profissional foi institucionalmente consolidado como resposta pública à questão da incapacidade e detalhado, abrangendo a “assistência educativa e de readaptação profissional”, com vistas a proporcionar aos “beneficiários da Previdência Social, quando doentes, inválidos ou de algum modo físico ou mentalmente deficitários, com a amplitude que as possibilidades administrativas, técnicas e financeiras e as condições locais permitirem, os meios de reeducação ou readaptação profissionais indicadas para que possam trabalhar em condições normais”(MAENO; TAKAHASHI; LIMA,2009).

Para Howard *et al*, o papel que a reabilitação desempenha na maximização do impacto de outros serviços de saúde como intervenções cirúrgicas, tratamento de traumas e gestão de doenças não transmissíveis e seu potencial para economias de custo significativas também são frequentemente mal compreendidos e subestimados (HOWARD. W *et al.*, 2016).

Por exemplo, constatou-se que a reabilitação é benéfica na redução do tempo de permanência em hospitais e na diminuição das reinternações, mitigando assim os riscos sociais e de saúde negativos associados a hospitalizações prolongadas. A reabilitação faz parte da cobertura universal de saúde e deve ser incorporada ao pacote de serviços essenciais, juntamente com prevenção, promoção, tratamento e palição (KRUG; CIEZA, 2017).

Segundo Baril e seus colaboradores, fatores como sociodemográficos, crenças, atitudes além da motivação na relação com o trabalho são aspectos que têm forte influência na efetividade da reabilitação profissional, motivação está, condicionada a vários elementos, entre os quais a cultura do local de trabalho na relação com o trabalhador reabilitado e o grau de bem-estar deste trabalhador em seu local de trabalho (BARIL *et al*, 2003).

A Reabilitação Profissional enquanto política pública, tradicionalmente vinculada aos sistemas previdenciários, tem o desafio de lidar com a complexidade da incapacidade humana, em especial daquela precocemente adquirida por acidentes de trabalho e doenças profissionais. A construção de um modelo de atenção à saúde, que inclua a reabilitação a partir da integralidade das ações das diversas pastas de governos, requer transparência e a clara defesa desse direito, cuja operacionalização deve ser explicitada à sociedade. É urgente pensar a reabilitação profissional dentro de uma política nacional de saúde do trabalhador, transversal e intersetorial, cujo objetivo principal deve ser o de combate às condições de trabalho precárias e adoecedoras, em uma perspectiva de que parcerias não representam igualdade de papéis e de responsabilidade. O princípio da reabilitação profissional e suas tecnologias institucionais relacionadas instituíram uma nova forma de relacionamento entre a sociedade e seus membros com deficiência. A participação do paciente e de seus cuidadores no processo decisório em reabilitação tem sido analisada e discutida em muitos estudos sobre a constituição e funcionamento de equipes empenhadas na atenção integral (ARAÚJO, 2007; BERNARDES; MAIOR; SPEZIA; ARAÚJO, 2009; MARTINS; ARAÚJO, 2008; PEREIRA; ARAÚJO, 2006).

Em virtude disso, no dia 7 de fevereiro de 2017, a OMS juntamente com os Estados Membros, organizações internacionais e profissionais, organizações não governamentais e especialistas em reabilitação emitiram Reabilitação 2030: Com intuito de apelar à ação, um compromisso com as principais ações para fortalecer os serviços de reabilitação nos Estados Membros (Organização Mundial da Saúde, 2017). Essas ações incluem: melhorar a governança e o investimento em reabilitação; expandir uma força de trabalho de reabilitação de alta qualidade; e melhorar a coleta de dados de reabilitação.

A meu ver, essas ações não se incorporam na realidade de São Tomé e Príncipe por exemplo, assim como creio em vários outros países da África. No caso de São Tomé e Príncipe, podemos assim dizer que o sistema de saúde está distribuído em três subsistemas: o subsistema formal, o subsistema semiformal e o subsistema informal. Sendo o subsistema formal caracterizado pelos serviços de saúde no sentido convencional, que assenta no paradigma da Medicina Científica ou Biomedicina, isto é, o sistema oficial do Serviço Nacional de Saúde do país (BARRETO, 2012).

Já o subsistema semiformal se enquadra em profissionais cujos saberes foram adquiridos fora de qualquer sistema formal de ensino e formação, ou seja, não possuem qualquer diploma de legitimação do saber, ademais fazem uso de instrumentos de prevenção e reabilitação da doença completamente banal (BARRETO, 2012).

E temos o subsistema informal que é constituído pela figura do curandeiro. Embora o mesmo possua um conjunto de conhecimentos informais, sem qualquer tipo formal de legitimação como a do sistema semiformal, não possui a mesma aceitação tácita nem do Estado, nem dos médicos convencionais e muito menos dos "profissionais" do sistema semiformal, cuja estratégia de afirmação e de luta pelo seu reconhecimento institucional tem como um dos pilares base a demarcação face aos curandeiros (BARRETO, 2012).

Por outro lado, ainda no âmbito da sociedade santomense, a medicina tradicional assente na etnobotânica faz parte da identidade cultural do país e é aberta e disseminada em largos sectores da população (VALVERDE, 2000).

De ressaltar que muitas das vezes essa experiência é passada de geração para geração, transmitida oralmente pelos mais velhos e que o agente receptor absorve e faz dele não só algo de um simples saber, mas uma espécie de profissão, o que advém talvez da apreensão da prevalência destes conhecimentos para as novas gerações (BARRETO, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito da reabilitação pelo que podemos ver, já se fazia sentir desde o período do renascimento, apesar de ter o seu ponto alto após a segunda guerra. Com intuito de inserir os indivíduos com deficiências na sociedade, várias foram as políticas, modelos, ações, criadas voltadas para reabilitação a fim de proporcionar o melhor a esses indivíduos.

O compromisso de fortalecer os sistemas de saúde para fornecer serviços de reabilitação deve permitir que milhões de pessoas não apenas vivam mais, mas vivam bem. Na nossa prática clínica a reabilitação ainda é vista como um conjunto de medidas/intervenções realizadas para suprir a necessidade de um indivíduo, pensando mais no seu restabelecimento físico, como na sua reintegração, buscando o máximo a sua independência, proporcionando o mesmo, uma melhor qualidade de vida. Entretanto, a meu ver, sinto que hoje faz-se necessário também discussões em torno da saúde mental dentro da reabilitação.

Por outro lado, comparada a um País africano no caso de São Tomé e Príncipe, a reabilitação é sentida apenas no sentido de restabelecimento físico, descartando a reintegração desses indivíduos na sociedade, uma vez que políticas envolvidas para esses fins pouco se fala ou se debate. Ademais fatores como costumes, crenças, déficits profissionais/recursos humanos, pobreza, contribuem para atraso de melhorias no sistema de saúde. Bem como, o fato de existência de práticas de cuidados de saúde com base em saberes leigos, acumulados ao longo de séculos, adquiridos pela experiência e transmitidos de geração em geração que ainda pairam nesses países.

Na minha opinião é importantíssimo mantermos nossos costumes, porque é isso que nos diferencia e identifica como povo, entretanto é necessário investimos na ciência. Mas para isso temos que levar em conta não só o que é científico do que é implausível de ser explicado por métodos científicos como também na contextualização do meio que o indivíduo está inserido como um todo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Psicologia da reabilitação: Pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 2, p. 63-72, 2007.

BARIL, Raymond et al. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. **Social science & medicine**, v. 57, n. 11, p. 2101-2114, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde**: planejamento e organização de serviços. Brasília, 1993. Disponível em: < [www.inep.gov.br/PES QUISA/BBE-ONLINE/det.asp?cod=53152 &type=M](http://www.inep.gov.br/PES_QUISA/BBE-ONLINE/det.asp?cod=53152 &type=M)>. Acesso em 01 Dez.2021 [Online].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília, 2006. Disponível em:<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf>. Acesso em 01 Dez.2021 [Online].

BARRETO, Mayker Ramos. **Os Sistemas de saúde em São Tomé e Príncipe Médicos Tradicionais e cuidados de saúde**. 2012. 64 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2012.

BECKER, Howard S. **Outsiders**. Glencoe, IL: The Free Press of Glencoe. 1963

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 31-38, 2009.

CASTEL, Robert. **Le social aux prises avec l'histoire**. Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social n°16/89: 9-27. 1989

CASTEL, Robert. **De trabalhadores manuais a trabalhadores assalariados: a transformação do social** Pergunta. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

CONTI, Andrea A.. Western Medical Rehabilitation through Time: a historical and epistemological review. **The Scientific World Journal**, [S.L.], v. 2014, p. 1-5, 2014. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/432506>.

DEMOU, E., GIBSON, I., and MACDONALD, E. B. (2012). **Identification of the factors associated with outcomes in a Condition Management Programme**. *BMC Public Health*, 12(1), 927

ENGEL, G.L. (1977). **The need for a new medical model**. *Science* 196: 129–36.

ESCORPIZO, Reuben. Defining the principles of musculoskeletal disability and rehabilitation. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 367-375, jun. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2014.09.001>.

G. F. Gensini and A. A. Conti, “**Rehabilitation in the elderly: differentiated strategies and objectives?**” *Italian Heart Journal*, vol. 4, supplement 8, pp. 73S–75S, 2003.

HOWARD-Wilsher, S., Irvine, L., Fan, H., Shakespeare, T., Suhrcke, M., Horton, S., ... Song, F. (2016). **Visão geral sistemática das avaliações econômicas da reabilitação relacionada à saúde**. *Disability and Health Journal*, 9 (1), 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.009>

KRUG, Etienne; CIEZA, Alarcos. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. **Physiotherapy Research International**, Geneva, v. 22, n. 3, p. 16-91, jul. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/pri.1691>.

MAENO, Maria; TAKAHASHI, Mara Alice Conti; LIMA, Mônica Angelim Gomes de. **Reabilitação profissional como política de inclusão social**. *Acta Fisiatr*, São Paulo - Sp, v. 2, n. 16, p. 53-58, 03 mar. 2009.

MARTINS, B. M., Araújo, T. C. C. F. (2008). **Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente**. *Psicologia Argumento*, 26, 109-116.

MASALA, C., and Petretto, D.R. (2010). Models of disability. In J.H. Stone, and M. Blouin (eds.) **International Encyclopedia of Rehabilitation**. State University of New York College of Buffalo, Buffalo, New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/135/> (accessed October 24, 2014).

MCPHERSON, Kathryn; GIBSON, Barbara E.; LEPLÈGE, Alain. **Rethinking Rehabilitation Theory and Practice**. New York: Crc Press, 2015. 314 p.

MS. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: 2008

NAGI, SZ (1965). **Algumas questões conceituais em deficiência e reabilitação**. In M.B. Sussman (ed.) *Sociologia e Reabilitação*, 100–13. Washington, DC: American Sociological Association.

NAGI, SZ (1976). **Uma epidemiologia da deficiência entre adultos nos Estados Unidos**. *O Milbank Memorial Fund Quarterly* 54: 439–67.

NAGI, SZ (1991). **Conceitos de deficiência revisados: implicações para a prevenção**. Na manhã Pope e AR Tarlov (eds.) *Deficiência na América: Rumo a uma Agenda Nacional de Prevenção*. Washington, DC: National Academy Press.

National Institute of Child Health and Human Development and National Center for Medical Rehabilitation Research. (1993). **Research Plan for the National Center for Medical Rehabilitation Research**. Washington, DC: US Government Printing Office.

Organização Mundial da Saúde (OMS) 2001.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde (2017a). **Reabilitação 2030: um apelo à ação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/care/ConceptNote.pdf?ua=1> [citado em 8 de fevereiro de 2017]

PATSTON, P. 2007. **Constructive functional diversity: A new paradigm beyond disability and impairment**. *Disability and Rehabilitation* 29(20–21): 1625–33.

PEREIRA, M. E. M. S. M., Araújo, T. C. C. F. (2006). **Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores**. *Psico*, 37, 37-45.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. *Paideia*, Brasília-DF, v. 19, n. 43, p. 177-187, 28 maio 2009. Maio-Agosto

STIKER, H.J. (1997). **Corps infirmes et sociétés**, 2nd ed. Paris: Dunod.

STIKER, H.J. (1999). **A History of Disability** (W. Sayers, Trans.). Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

STONE, D.A. (1986). **The Disabled State**. Philadelphia, PA: Temple University Press

STRAUB, R. (2005). **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed.

TATE, Denise G.. The State of Rehabilitation Research: art or science?. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [S.L.], v. 87, n. 2, p. 160-166, fev. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2005.11.013>.

TRATTNER, W.I. (1999). From Poor Law to Welfare State. **A History of Social Welfare in America**, 6th ed. New York: The Free Press.

TITTANEGRO, Gláucia Rita. Aspectos filosóficos da reabilitação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, V. 1, N. 30, P. 20-25, 06 JAN. 2006. JAN/MAR.

VALVERDE, Paulo (2000), Mascara, Mato e Morte: **Texto para Uma Etnografia de São Tomé**, Oeiras, Celta Editora.

WHALLEY HAMMELL, K. 2006. **Perspectives on Disability and Rehabilitation**. Contesting assumptions; challenging practice. London: Churchill Livingstone.