

## Estratégias para pessoas com deficiência em períodos de emergência em saúde pública, em especial a pandemia de COVID-19

Strategies for persons with disabilities in public health emergencies, especially the COVID-19 pandemic

Ana Luiza Antony Gomes de Matos da Costa e Silva (<https://orcid.org/0000-0001-9124-8463>)<sup>1,2</sup>

Maíra Catharina Ramos (<https://orcid.org/0000-0003-3829-975X>)<sup>1</sup>

Débora Ribeiro Rezende (<https://orcid.org/0000-0001-6608-601X>)<sup>1,3</sup>

Flávia Tavares Silva Elias (<https://orcid.org/0000-0002-7142-6266>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This study aimed to describe strategies and policies necessary to provide care for people with disabilities during periods of public health emergencies, especially COVID-19. Twenty-nine studies and 49 strategies were included, grouped into eight categories: 1) housing, mobility, and infrastructure; 2) work, occupation, and income; 3) social assistance; 4) telehealth; 5) comprehensive health care; 6) planning and management; 7) communication; and 8) education. The overview of the strategies can help to guide public policies, with feasible actions that promote more significant equity for disabled people.*

**Key words** COVID-19, People with disabilities, Declaration of emergency, Policy making, Systematic review

**Resumo** *O objetivo foi descrever estratégias e políticas de atenção às pessoas com deficiência em períodos de emergência em saúde pública, em especial na COVID-19. Foram incluídos 29 estudos e 49 estratégias agrupadas em oito categorias: 1) habitação, mobilidade e infraestrutura; 2) trabalho, ocupação e renda; 3) assistência social; 4) tele-saúde; 5) atenção integral à saúde; 6) planejamento e gestão; 7) comunicação; e 8) educação. O panorama das estratégias pode orientar políticas públicas, com ações viáveis que promovam equidade para as pessoas com deficiência.*

**Palavras-chave** COVID-19, Pessoas com deficiência, Declaração de estado de emergência em desastres, Formulação de políticas, Revisão sistemática

<sup>1</sup> Programa de Evidências para Políticas e Tecnologias de Saúde, Gerência Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz. Av. L3 Norte s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A. 70904-130 Brasília DF Brasil. [analuiza.gomesmcs@gmail.com](mailto:analuiza.gomesmcs@gmail.com)

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Centro Universitário de Brasília. Brasília DF Brasil

<sup>3</sup> Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil

## Introdução

A pandemia de COVID-19 acometeu mais de 35 milhões de pessoas, gerando mais de 680 mil mortes no Brasil<sup>1</sup>. Em virtude da pandemia, complicações decorrentes direta e indiretamente da doença se instalaram, como o colapso dos sistemas de saúde, devido à alta demanda, de forma que outras condições de saúde foram prejudicadas, repercutindo de forma ainda mais grave na vida das pessoas que já se encontravam em situação de vulnerabilidade social<sup>2</sup>.

O acometimento da doença foi desigual entre a população, pois existem vulnerabilidades sociais que acarretam maiores perdas para grupos populacionais específicos<sup>2</sup>. A população em situação de rua, em extrema pobreza, presidiária e a população com deficiência sofreram maiores perdas e acometimentos do que a população em geral. A dificuldade de obter renda mínima<sup>3</sup>, informalidade do trabalho, más condições de moradia e dificuldade de acesso a serviços de saúde são fatores atrelados à determinação social da saúde, sendo intensificados por causa da pandemia de COVID-19<sup>2</sup>.

Mesmo antes, pessoas com deficiência estavam mais propícias a situações de vulnerabilidade social, principalmente com relação ao atendimento em saúde<sup>4</sup>. Estima-se que existam 17 milhões de pessoas com mais de dois anos com pelo menos uma função comprometida pela deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019<sup>5</sup>. Esse grupo relatou autoavaliação de saúde regular e ruim com mais frequência (49%), quando comparado à população em geral (9%)<sup>6</sup>.

No Brasil, identificou-se uma precariedade de informação e treinamento, tanto para os profissionais quanto para os familiares e cuidadores informais, de como lidar com as pessoas com deficiência e toda a complexidade do cuidado, em especial em emergências de saúde pública<sup>2</sup>. Os equipamentos de saúde são incipientes na inclusão de processos e adequações físicas para atender à complexidade das necessidades, nas dimensões física, social e psíquica<sup>7</sup>. Faltam equipes especializadas devidamente habilitadas para tratar transtornos do neurodesenvolvimento, desde a atenção primária até a atenção terciária<sup>8</sup>. As diferentes instituições de saúde do sistema público oferecem assistência fragmentada, distanciando-se do modelo ideal de atenção integral à pessoa com deficiência<sup>9</sup>. A educação do paciente e da família acontece de forma esporádica e assistemática, sendo que a cultura dos profissionais de saúde e das famílias para cuidados com deficiência está centrada na atenção hospitalar e especializada<sup>2,10</sup>.

Diante do exposto, esta revisão teve como objetivo descrever as estratégias de atenção para pessoas com deficiência em emergências de saúde pública, em particular durante o período de pandemia de COVID-19.

## Métodos

Foi realizada uma revisão sistemática (RS) seguindo as diretrizes PRISMA<sup>11</sup>. Utilizou-se a pergunta PECO, caracterizada pelo acrônimo: P – população: pessoas adultas portadoras de deficiências, sem restrições quanto ao tipo de deficiência, podendo ser visual, auditiva, intelectual, física ou múltipla; E – exposição: pandemia de COVID-19; C – comparador: não aplicado; O – desfechos: estratégias que tenham o objetivo de melhorar a prevenção e o atendimento em saúde dessas pessoas durante o período de pandemias.

### Critérios de elegibilidade

Para fins conceituais, considerou-se pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas, conforme Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>12</sup>. Os tipos de deficiência e as populações específicas não foram definidos *a priori* por se tratar de RS de caráter exploratório.

Foi utilizado o conceito de “emergência em saúde pública” conforme Regulamento Sanitário Internacional, que considera eventos de grande repercussão que exigem ação imediata, ou surtos de doença com potencial epidêmico, independentemente de sua natureza, origem ou fonte, cujo risco de propagação impõe restrições ao comércio e/ou ao tráfego de pessoas e trazem elevada morbidade e/ou mortalidade diferente do habitual<sup>13</sup>.

Foram considerados elegíveis artigos que abordaram estratégias de assistência, trabalho, renda, saúde e segurança social que visavam reduzir os efeitos das emergências em saúde pública, em especial na COVID-19, em pessoas com deficiência, conforme estabelecido em legislação, maiores de 18 anos. Estudos que abordavam a população em geral foram incluídos se apresentassem estratégias em períodos de emergência sanitária. Optou-se por uma abordagem abrangente, incluindo-se RS, narrativas ou integrativas, estudos qualitativos, quantitativos e artigos

de opinião. Foram excluídos estudos que abordavam deficiência ou COVID-19 isoladamente, etiologia, fisiopatologia e clínica, outros tipos de emergência em saúde pública provenientes de terremotos e furacões, tipos de estudo como relatórios, editoriais, atas de congressos, comentários de jornais e relatos de casos, e aqueles com idioma diferente de inglês, português ou espanhol.

### Busca de evidências científicas

A busca estruturada da literatura foi feita em junho de 2021 e atualizada em novembro de 2022. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Web of Science, Scopus, BVS, CINAHL, PDQ, Health System Evidence, PEDro, Psycinfo. Os descritores utilizados foram: “COVID-19”, “SARS-CoV-2”, “Pandemics”, “Emergency Responders”, “Disabled Persons”, e os seus sinônimos remissivos; conforme estratégia completa disponível no Anexo 1 do material suplementar (Disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.2WZPVJ>). As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados. Foi publicado o protocolo PROSPERO, cujo identificador é CRD42021266341.

### Seleção dos estudos, extração e análise de dados

Duas revisoras independentes fizeram a seleção por título e resumo, e a seleção após leitura completa utilizando o *software* Rayyan<sup>14</sup>, sendo as divergências verificadas por uma terceira revisora. Os estudos excluídos, com justificativa, após leitura completa, são apresentados no Quadro 1.

Para a extração de dados, foi utilizada planilha Excel elaborada pelas autoras. A extração foi efetuada por uma revisora e conferida pelas outras duas. Foram coletadas informações sobre as seguintes variáveis: autor, ano, país onde o estudo foi realizado, objetivo do estudo, método e principais resultados, contendo as estratégias reportadas pelos autores.

A listagem com as estratégias passou por uma síntese qualitativa baseada em uma análise temática dedutiva<sup>15,16</sup>, que permitiu criar categorias de intervenções que orientem o aprimoramento de possíveis políticas públicas para pessoas com deficiência, e cuja abordagem abrangeu dimensões da determinação social da saúde<sup>17</sup>. Conceitualmente, a determinação social foi caracterizada como um conjunto de situações econômica, social, política, governamental e cultural que afetam positiva ou negativamente a saúde de in-

divíduos, segmentos sociais, coletividades, populações e territórios<sup>17</sup>. Tais contextos são marcantes, pois perpetuam disparidades sociais para pessoas com deficiência<sup>18</sup>.

A análise crítica da lista das estratégias foi feita por duas revisoras, gerando uma tabela de agrupamentos, validada por outras duas revisoras em três reuniões de trabalho da equipe de pesquisa. A análise crítica dos conteúdos de cada estratégia gerou conexão com dimensões adaptadas do modelo citado por Garbois *et al.*<sup>17</sup>, a saber: a) contexto socioeconômico – as estratégias foram agrupadas em habitação, mobilidade e infraestrutura, e trabalho, ocupação e renda; b) condições de acesso desigual a bens e serviços – agrupadas em acesso a serviços e bens, nestes incluídos os de telessaúde e de atenção integral à saúde, e de assistência social; e c) coesão social – agrupadas em planejamento e organização de planos de contingência, comunicação e educação para pessoa com deficiência, com enfoque na centralidade da própria participação da pessoa com deficiência.

### Avaliação de qualidade

Para a avaliação da qualidade metodológica, foram utilizados instrumentos da Joanna Briggs Institute – JBI (disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>), conforme metodologia informada em cada um dos estudos incluídos.

### Resultados

Foram identificados um total de 2.703 referências. Do total de 1.589 estudos únicos, foram selecionados 62 para leitura completa, sendo incluídos 36<sup>18-53</sup>, após aplicação de critérios de elegibilidade (Figura 1). Na avaliação de qualidade metodológica dos estudos incluídos, apesar de alguns apresentarem incertezas nos campos de avaliação JBI<sup>19,26,34,36,37</sup>, nenhum estudo foi excluído desta síntese.

Entre os estudos incluídos, 27,78% são teóricos, apresentando recomendações de estratégias a partir de normativas ou documentos elaborados por organismos das áreas de assistência, saúde ou seguridade social. Artigos de opinião e estudos qualitativos somaram 19,44% cada. Ainda foram incluídos três revisões de escopo, dois estudos transversais, um observacional, um ensaio, uma nota técnica, uma revisão de consenso, uma análise documental e dois estudos sem metodologia informada.

**Quadro 1.** Lista dos estudos excluídos, com justificativa.

Justificativa	Estudos excluídos
Texto completo não disponível	1. Bradley VJ. How COVID-19 may change the world of services to people with intellectual and developmental disabilities. <i>Intellect Dev Disabil</i> 2020; 58(5):355-360. 2. Escalon MX, et al. Beyond a hashtag: strategies to move toward a more inclusive psychiatry workforce. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> 2021; 100(7):712-717. 3. Howe EG. A possible application of care-based ethics to people with disabilities during a pandemic. <i>The Journal of Clinical Ethics</i> 2010; 21(4):275-283. 4. Hsu N, Monasterio E, Rolin O. Telehealth in pediatric rehabilitation. <i>Physical Medicine and Rehabilitation Clinics</i> 2021; 32(2):307-317. 5. Qureshi AZ, et al. Telerehabilitation Guidelines in Saudi Arabia. <i>Telemed J E Health</i> 2021; 27(10):1087-1098.
Tipo de estudo	6. AAPD. Passage of the American rescue plan marks victory for disability community [online]. 12 de março de 2021. Available from: <a href="https://www.aapd.com/pressreleases/american-rescue-plan-marks-victory-for-disability-community/">https://www.aapd.com/pressreleases/american-rescue-plan-marks-victory-for-disability-community/</a> 7. Guidry-Grimes L, et al. Disability rights as a necessary framework for crisis standards of care and the future of health care. <i>Hastings Cent Rep</i> 2020; 50(3):28-32. 8. Medallon KGG. Of ensuring equitable participation of persons with disabilities during the COVID-19 pandemic. <i>J Public Health (Oxf)</i> ; 2021; 43(2):e287-e288.
Idioma	9. Organisation Mondiale de la Santé. Considérations relatives aux personnes handicapées à prendre en compte dans le cadre de la flambée de COVID-19. Organisation Mondiale de la Santé 2020. Available from: <a href="https://apps.who.int/iris/handle/10665/332290">https://apps.who.int/iris/handle/10665/332290</a> .
Não aborda emergências em saúde pública	10. Bartz J. All Inclusive?! Empirical insights into individual experiences of students with disabilities and mental Disorders at German universities and implications for inclusive higher education. <i>education sciences</i> . 2020; 10(9):223. 11. Bricout J, Baker PM, Moon NW, Sharma B. Exploring the smart future of participation: community, inclusivity, and people with disabilities. <i>International Journal of E-Planning Research (IJEPR)</i> 2021;10(2):94-108.
Não deixa explícito estratégias ou necessidades para atender a população com deficiência	12. Anil K, Freeman JA, Buckingham S, et al. Scope, context and quality of telerehabilitation guidelines for physical disabilities: a scoping review. <i>BMJ Open</i> ; 2021; 11(8):e049603. 13. Aryankhesal A, Pakjoui S, Kamali M. Safety needs of people with disabilities during earthquakes. <i>Disaster Medicine and Public Health Preparedness</i> 2018; 12(5):615-621. 14. Bakkum L, Schuengel C, Sterkenburg PS, et al. People with intellectual disabilities living in care facilities engaging in virtual social contact: a systematic review of the feasibility and effects on well-being. <i>J Appl Res Intellect Disabil</i> 2022; 35(1):60-74. 15. Correia LPE, Ferreira MA. Health care of deaf persons during coronavirus pandemics. <i>Rev Bras Enferm</i> 2022; 75(Supl. 1):e20201036. 16. Dalise S, Tramonti F, Armienti E, et al. Psycho-social impact of social distancing and isolation due to the COVID-19 containment measures on patients with physical disabilities. <i>Eur J Phys Rehabil Med</i> 2021; 57(1):158-165. 17. Drum CE, Oberg A, Ditsch J, Cooper K, Carlin R. COVID-19 & adults with intellectual disability, autism, epilepsy, or brain injuries: Health and Health Care Access Online Survey Report. Rockville, MD: American Association on Health and Disability; 2020. 18. Finkelstein A, Finkelstein I. Emergency preparedness – the perceptions and experiences of people with disabilities. <i>Disabil Rehabil</i> 2020; 42(14):2056–66. 19. Khan BA, et al. Impact of coronavirus (COVID-19) pandemic on persons with disabilities and caregivers. <i>Population Review</i> 2020; 59(2):180-188. 20. Landes SD, Turk MA, Wong AWWA. COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability in California: The importance of type of residence and skilled nursing care needs. <i>Disabil Health J</i> 2021; 14(2):101051. 21. Lindsay S, Ahmed H, Apostolopoulos D. Facilitators for coping with the COVID-19 pandemic: online qualitative interviews comparing youth with and without disabilities. <i>Disabil Health J</i> ; 2021; 14(4):101113. 22. Meleo-Erwin Z, Kollia B, Fera J, Jahren ABA Basch C. Online support information for students with disabilities in colleges and universities during the COVID-19 pandemic. <i>Disability and Health Journal</i> 2021; 14(1):101013. 23. Pakjoui S, Aryankhesal A, Kamali M, Seyedin H, Heidari M. Positive effects of earthquake from the perspective of people with physical disability in Iran. <i>Int J Disaster Resil Built Environ</i> ; 2021; 12(2):157-169. 24. Srivastava A, et al. Tele-neurorehabilitation during the COVID-19 pandemic: implications for practice in low- and middle-income countries. <i>Frontiers in Neurology</i> ; 2021; 12:667925. 25. Selick A, et al. Virtual health care for adult patients with intellectual and developmental disabilities: a scoping review. <i>Disability and Health Journal</i> ; 2021; 14(4):101132. 26. Senjam SS. Impact of COVID-19 pandemic on people living with visual disability. <i>Indian J Ophthalmol</i> ; 2020; 68(7):1367-1370.

Fonte: Autores.

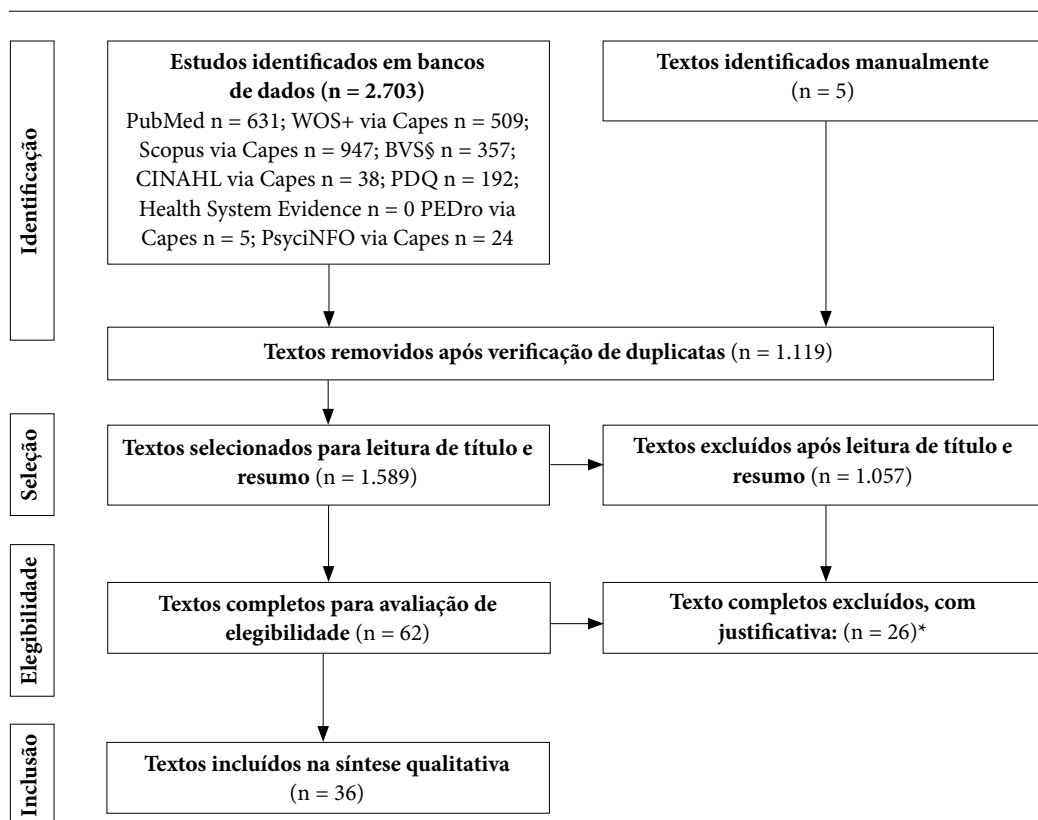


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos.

\* Web of Science; <sup>§</sup> Biblioteca Virtual da Saúde; \* Quadro 1. Lista dos estudos excluídos, com justificativa.

Fonte: Autores.

Quanto ao país de origem, os Estados Unidos somaram 16,67%, seguidos de Austrália (8,33%), África do Sul, Brasil, China, Holanda, Índia e Itália (5,56% cada), Colômbia, Coreia do Sul, Espanha, Coreia, Filipinas, Gana e Irã (2,78% cada). Três estudos informaram como origem definições mais amplas de local: América do Sul e LMIC – *low and middle income countries* (3,57% cada). Sete não tinham país de origem definido (19,44%). As informações detalhadas com a caracterização dos estudos estão disponíveis no Anexo 2 do material suplementar (Disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.2WZP-VJ>).

As estratégias identificadas nos artigos foram agrupadas em categorias (Quadro 2) sistematizadas pelas autoras na perspectiva de abordar determinação social nas condições de vida de pessoas com deficiência.

Os estudos incluídos demonstraram que as pessoas com deficiência ainda necessitam de mais cuidados em momentos de emergências em saúde pública. Entre as estratégias selecionadas, a maioria trazia abordagens exclusivas para pessoas com deficiência (92,8%), porém, também foram reportadas opções para atender às necessidades da população em vulnerabilidade no geral.

Na categoria **habitação, mobilidade e infraestrutura** – dimensão de contexto socioeconômico no processo de determinação social – foram identificadas quatro estratégias. Um estudo aponta a necessidade de as acomodações de emergência (como abrigos provisórios em situações de evacuação da população, como nos casos de desastres naturais) serem próximas aos pontos de acesso à rede de saúde e de assistência social, além das questões de acessibilidade que devem ser observadas<sup>48</sup>. Foi identificado estudo sobre a

**Quadro 2.** Estratégias para atender pessoas com deficiência durante períodos de emergência em saúde pública, por categorias classificadas a partir dos achados dos artigos incluídos.

<b>Categoria</b>	<b>Estratégias</b>
Habitação, mobilidade e infraestrutura	Acomodações de emergência próximas aos pontos de acesso à rede de saúde e de assistência social <sup>42</sup> . Programas de proteção às pessoas com deficiência institucionalizadas <sup>41,44</sup> . Transporte especial para pessoas com deficiência e seus cuidadores <sup>50</sup> . Permitir mobilidade de familiares dentro do território nacional para cuidar da pessoa com deficiência em momentos de isolamento social <sup>50</sup> .
Trabalho, ocupação e renda	Acordos de trabalho flexíveis <sup>46,51</sup> e medidas de controle de infecção a serem apoiados pelos empregadores <sup>51</sup> . Políticas de fomento à contratação presencial e de teletrabalho para pessoas com deficiências <sup>21,46</sup> . Rede de apoio a funcionários com deficiência <sup>46</sup> . Programas de transferência de renda com auxílio empregatício e ajuda financeira <sup>33,41,44,47,50</sup> . Programas de isenção fiscal a pessoas com deficiência <sup>44</sup> .
Planejamento e gestão	Sistema de tomada de decisão, com elaboração de plano de contingência <sup>18,25,27,51</sup> em conjunto com pessoas com deficiência <sup>19,44,46,47</sup> , de forma a garantir que operações críticas e serviços essenciais sejam mantidos mesmo em períodos de crise <sup>21</sup> . Conformidade entre a Convenção Internacional sobre Direitos de Pessoas com Deficiência e as políticas e legislações locais <sup>42</sup> . Formação de conselhos de planejamento de estratégias para pessoas com deficiência em parceria com a comunidade <sup>32,34,35,42,47</sup> . Condução de estudos que auxiliem na definição de medidas de prevenção, tratamento e mitigação de riscos para pessoas com deficiência <sup>26,29,36</sup> . Fortalecimento da legislação e as políticas nacionais de saúde de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) <sup>22,29</sup> . Regulação de planos de saúde para proibição de práticas discriminatórias <sup>29,39,44</sup> .
Assistência social	Pacotes de benefícios entregues diretamente às pessoas com deficiência <sup>42,44</sup> . Prestadores de assistência social devem estar em contato com os planejadores de saúde para uma ação intersetorial <sup>34</sup> . Rede de apoio às pessoas com deficiência <sup>18,21,51</sup> com garantia de acesso a EPIs adequados para esta rede <sup>33,47</sup> . Garantia de assistência social fornecida de uma forma segura <sup>31,39,50</sup> , com possibilidade de inscrição online, por telefone ou com registro automático a partir de cadastramento governamental <sup>30</sup> . Redes de apoio na comunidade para auxiliar na identificação de casos grave e monitorar o bem-estar da população com deficiência, oferecendo apoio específico <sup>33,41</sup> e envolvendo diversos setores <sup>33</sup> . Pessoas com deficiência devem assumir o controle de suas próprias decisões de saúde, sempre que possível <sup>29</sup> .

continua

importância dos programas de proteção às pessoas que vivem em instituições/abrigos, devido à maior vulnerabilidade a infecções, sugerindo restrições de visitação e encaminhamento de casos suspeitos para serviços de saúde em até duas horas após identificação dos primeiros sintomas, além das medidas de isolamento já recomendadas<sup>22</sup>. Ainda nessa categoria, foram identificadas duas estratégias no campo da mobilidade. A primeira trouxe a estratégia de transporte especial para pessoas com deficiência e seus cuidados em momentos de emergências de saúde pública<sup>25</sup>. A segunda, a necessidade de permitir a mobilidade

de familiares dentro do território nacional para cuidar da pessoa com deficiência em momentos de isolamento social<sup>54</sup>.

Na categoria **trabalho, ocupação e renda** – dimensão de contexto socioeconômico no processo de determinação social – foram encontradas cinco estratégias que objetivavam a garantia da dignidade financeira e da segurança laboral da pessoa com deficiência durante emergências em saúde. Os estudos recomendaram acordos de trabalho flexíveis, principalmente para pessoas com deficiência, por serem mais vulneráveis a infecções<sup>26,52</sup>. Em vista disso, também foi mencio-

**Quadro 2.** Estratégias para atender pessoas com deficiência durante períodos de emergência em saúde pública, por categorias classificadas a partir dos achados dos artigos incluídos.

Categoria	Estratégias
Teleatendimento	<p>Serviços de teleatendimento para avaliação, tratamento e acompanhamento da pessoa com deficiência<sup>20,23,28,30,33,37,38,50,51</sup>.</p> <p>Serviços de teleatendimento no campo da reabilitação, como fisioterapia e terapia ocupacional<sup>137,50</sup>.</p> <p>Adoção de tecnologias digitais inclusivas, com múltiplos modos de comunicação disponíveis, interface intuitiva e design centrado no usuário<sup>22</sup>, para teleatendimentos na área de saúde pessoas com deficiência<sup>23,48,49</sup>.</p> <p>Definição de diretrizes para a telemedicina em psiquiatria e assistência social para realização de intervenções online<sup>24,45</sup>.</p> <p>Criação de programas para adaptação dos serviços de reabilitação e criação de sistema abrangente e com uso de reabilitação remota e outras tecnologias<sup>37,38,40</sup>.</p>
Comunicação	<p>Comunicação acessível, com elaboração de materiais formativos e comunicativos inclusivos para deficientes visuais, auditivos, entre outros<sup>25,26,28,32,33,35,37,38,41,44,46,47,50,51</sup>.</p> <p>Orientações emitidas por autoridades sanitárias para familiares de pessoas com deficiência em situação de emergência em saúde pública<sup>23</sup>.</p> <p>Compartilhar informações sobre a resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, nutrição, atividade física e hábitos saudáveis, e atividades práticas autogestionadas<sup>23</sup>.</p> <p>Promover a conscientização pública sobre a vulnerabilidade, oportunidades, dignidade e respeito às pessoas com deficiência<sup>23,33,38</sup>.</p> <p>Mensagens personalizadas com engajamento de grupos comunitários que conforma redes de apoio da pessoa com deficiência, a exemplo de organizações não governamentais, grupos religiosos, grupos de autoajuda, entre outros<sup>39</sup>.</p>
Atenção integral à saúde	<p>Educação permanente de profissionais de saúde para realizarem o cuidado e manejo de forma personalizada, considerando as limitações individuais das pessoas com deficiência<sup>18,26,29,42,50</sup>.</p> <p>Disponibilidade de intérprete no atendimento em serviços de saúde<sup>50</sup>.</p> <p>Educação e treinamento para questões de segurança em saúde para cuidadores e membros da família durante a pandemia<sup>33</sup>.</p> <p>Identificação e eliminação de barreiras e obstáculos à acessibilidade nas instalações de saúde<sup>29,33,50</sup>.</p> <p>Serviços de atendimento domiciliar, sempre que possível<sup>44,50</sup>.</p> <p>Descentralização do atendimento ao usuário com deficiência para serviços locais de saúde<sup>34,36</sup>.</p> <p>Melhorar a cobertura de saúde e acessibilidade como parte da abordagem universal dos cuidados de saúde<sup>19,27,29,33,43</sup>.</p> <p>Serviços de atenção ambulatorial especializado, como psicólogos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos<sup>32</sup>.</p> <p>Acesso e apoio a serviços psicossociais para fornecer suporte emocional<sup>32</sup>.</p> <p>Apoio de profissionais especializados para a definição de atividades recreativas ou de lazer que podem ser realizadas em ambientes de isolamento<sup>19,21</sup>.</p> <p>Preparação e fornecimento de kit emergência às pessoas com deficiência, de acordo com as prescrições assistenciais, de forma individualizada<sup>18,44</sup>.</p> <p>Identificação de fontes de resiliência das pessoas com deficiência para que profissionais possam aprimorar a forma de ofertar o cuidado em saúde à pessoa com deficiência intelectual e cuidadores forneçam informações claras e compreensíveis sobre as medidas do COVID-19<sup>19,53</sup>.</p> <p>Informantes da comunidade para realizar avaliações em saúde e reabilitação das pessoas com deficiência de forma a reduzir dependência da equipe médica<sup>42</sup>.</p> <p>Envolvimento das escolas e órgãos de saúde no planejamento das ações de saúde<sup>39</sup>.</p> <p>Programa de vacinação gratuito e equitativo para pessoas com deficiência<sup>44,47</sup>.</p> <p>Programas virtuais de lazer e exercício físico<sup>30</sup>.</p>
Educação para pessoa com deficiência	<p>Alfabetização em informática para facilitar acesso a serviços durante a pandemia<sup>52</sup>.</p> <p>Construção de diretrizes inclusivas de aprendizagem<sup>52</sup>.</p>

Fonte: Autores.

nada a importância de mecanismos de controle de infecção no ambiente de trabalho, de forma a aumentar a segurança dos trabalhadores nesses

locais<sup>26</sup>. Os achados revelaram que, mesmo em espaços de teletrabalho, as disparidades estavam presentes, sendo necessários ajustes de acomoda-

ção e condições estruturais no ambiente em que a pessoa com deficiência trabalha<sup>18</sup>. Apesar das ressalvas, o teletrabalho foi considerado uma ótima oportunidade para pessoas com deficiência, podendo ser uma forma de nivelamento de oportunidades de emprego em períodos sem emergências sanitárias<sup>18</sup>.

Apontou-se ainda a necessidade de criar e apoiar redes de apoio a funcionários com deficiência<sup>52</sup>. Um dos estudos<sup>22</sup> identificou várias estratégias de países da América do Sul abordadas como opções para emprego e ajuda financeira para pessoas com deficiência, como: renda familiar de emergência, transferência extra para as famílias, licença remunerada para aqueles que não podem continuar trabalhando durante a pandemia, permissão de registro *online* de novas pessoas com deficiências, renovação automática por mais tempo pelos órgãos de seguridade e políticas de proteção do emprego<sup>22,40</sup>. Também foi identificada estratégia de isenção fiscal a pessoas com deficiência<sup>50</sup>.

Quanto à categoria **assistência social** – dimensão das condições de acesso desigual a bens e serviços –, o pouco controle que pessoas com deficiência têm sobre seus benefícios assistenciais foi relatado na literatura<sup>48</sup>. Tais benefícios, em especial quando são de renda mínima, devem ser transferidos diretamente para as pessoas com deficiência, sendo permitida a transferência a tutores apenas nos casos permitidos em lei<sup>48,50</sup>. Além disso, esses pacotes de benefícios devem observar as necessidades das pessoas com deficiência, permitindo a assistência integral a essa população em períodos de emergência em saúde pública<sup>25,41,48</sup>, com possibilidade de inscrição *online*, por telefone ou com registro automático a partir de cadastramento governamental<sup>21</sup>.

A categoria **telessaúde** – dimensão das condições de acesso desigual a bens e serviços – abrangeu diversas estratégias voltadas ao acesso a serviços de teleatendimento para avaliação e tratamento (teleconsulta e telereabilitação) de pessoas com deficiência<sup>21,25,51,26,29,31,32,36,40,44,45</sup>, permitindo o acesso a diversos serviços de saúde sem colocar as pessoas em risco de contaminação e disseminação da COVID-19<sup>45</sup>. Abordagens de telerreabilitação de forma alternativa ao atendimento presencial foram úteis e viáveis em detrimento do desenvolvimento de infraestruturas de internet e uso generalizado de *smartphones* e computadores<sup>44</sup>. Contudo, observa-se a necessidade de tais tecnologias sejam inclusivas, com múltiplos modos de comunicação disponíveis, interface intuitiva e *design* centrado no usuário<sup>31</sup>.

Na categoria **atenção integral à saúde** – dimensão das condições de acesso desigual a bens e serviços – foram encontradas 16 estratégias, sendo elas no campo da educação permanente de profissionais de saúde para melhor atender às pessoas com deficiência, da eliminação de barreiras de acessibilidade das instalações em saúde, da integralidade da atenção à saúde e da identificação e uso da força da rede de apoio da pessoa com deficiência para planejamento e suporte às ações em saúde. Foram identificadas a importância da ampliação de serviços de reabilitação<sup>32</sup>, a necessidade de serviços especializados para pessoas com deficiência<sup>39</sup>, a ampliação do acesso a serviços psicossociais durante períodos de emergência em saúde<sup>39</sup>, a disponibilidade de intérprete no atendimento em serviços de saúde<sup>25</sup>, a descentralização desses serviços<sup>41,43</sup>, programas virtuais de lazer e exercício físico<sup>21</sup> e programa de vacinação gratuito e equitativo para pessoas com deficiência em países onde o acesso à saúde não é gratuito<sup>50,53</sup>.

Os estudos apontam para a educação permanente de profissionais de saúde para melhor atender às pessoas com deficiência, incluindo o desenvolvimento de habilidades para o planejamento em saúde em casos de emergência<sup>46</sup>, o manejo personalizado, considerando as individualidades<sup>19,26,28,34,37,48</sup>, e o desenvolvimento de habilidades para instruir os cuidadores no apoio às pessoas com deficiência em suas necessidades<sup>40</sup>. Também foi identificada estratégia para treinamento dos cuidadores para avaliação e suporte às condições em saúde das pessoas com deficiência, de forma a apoiar a equipe multiprofissional<sup>48</sup>. A acessibilidade nas instalações de saúde e proporcionar acesso próximo às residências também foram estratégias reportadas<sup>37,40</sup>.

Na categoria **planejamento e gestão de planos de contingência** – dimensão de coesão social no processo de determinação social – foram encontradas seis estratégias, sendo: a tomada de decisão com a participação de pessoas com deficiência para a definição de planos de contingência em casos de desastres naturais e planejamento de evacuação e contingência específicos para pessoas vulneráveis<sup>18-20,26,34,50,52,53</sup>. Tais planos deveriam ser desenvolvidos em nível governamental e comunitário, baseados em dados de cada comunidade a partir do rastreamento e da vigilância local<sup>34</sup>.

Outra estratégia preconizada foi a garantia de definição de deficiência e acessibilidade em acordo com a Convenção de Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas, de modo



a facilitar: o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde e aos programas e recursos disponibilizados em situações de emergência em saúde<sup>48</sup>; a inclusão de pessoas com deficiência no processo de planejamento das ações contra a COVID-19, de forma a fortalecer a legislação e políticas nacionais, identificar e eliminar obstáculos e barreiras à acessibilidade nas instalações de saúde, melhorar a cobertura e o acesso para as pessoas com deficiência; o treinamento de profissionais de saúde sobre a inclusão de pessoas com deficiência, proibição de práticas discriminatórias em seguradoras e convênios de saúde; inclusão da reabilitação na saúde suplementar; e a melhoria da coleta de dados para avaliação e monitoramento das ações direcionadas a essa população nos sistemas de saúde<sup>37</sup>.

A categoria **comunicação** – dimensão de coesão social no processo de determinação social – abrangeu cinco estratégias. Comunicação acessível, cuja definição vai além da disponibilização de legenda oculta, tradução em libras ou em braille, exigindo também a tradução do conhecimento para a elaboração de materiais informativos e comunicativos, de modo a oferecer informação em linguagem de fácil entendimento e compreensão<sup>18,22,24-26, 34,36,39,40,42,44,45,50,52</sup>.

Os estudos ainda apontaram compartilhamento de informações e sistemas em plataformas de mídia social e ferramentas personalizadas acessíveis para resolução de problemas clínicos ou práticos, relacionados a farmacoterapia, nutrição, atividade física e hábitos saudáveis e atividades práticas autogeridas<sup>32</sup>. Essa comunicação e interlocução entre diversos atores é essencial na conscientização sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência, assim como sensibilizar profissionais de saúde para oferecer oportunidades iguais, manter a dignidade e o respeito à pessoa com deficiência<sup>40</sup>.

Para finalizar a categoria, recomendou-se o uso de mensagens personalizadas com engajamento de grupos comunitários que conformam redes de apoio à pessoa com deficiência<sup>46</sup>. Organizações não governamentais, grupos religiosos, de autoajuda, entre outros, auxiliam na formação de ambiente favorável para o apoio social da pessoa com deficiência, bem como o apoio nas necessidades diárias<sup>40</sup>.

Por fim, na categoria **educação** – dimensão de coesão social no processo de determinação social – foi reportada a importância de acessibilidade e alfabetização digital, em especial às pessoas com deficiência visual<sup>27</sup>. Ferramentas tecnológicas permitiriam o acesso das pessoas com deficiên-

cia a atividades cotidianas com maior facilidade, sendo importantes para a inclusão educacional e laboral<sup>27</sup>. Identificou-se a importância de estabelecer diretrizes universais de aprendizagem, de forma a favorecer o processo de ensino e o direito de acesso a ambientes educacionais, sendo estes adaptados e voltados para suas necessidades<sup>27</sup>.

## Discussão

A partir dos artigos analisados, foram identificadas estratégias que visavam atender às necessidades de pessoas com deficiência durante emergências de saúde pública. Essas estratégias foram agrupadas em oito categorias de natureza de intervenção envolvendo dimensões do contexto de determinação social de saúde – socioeconômica, condições de acesso desigual a bens e serviços e coesão social.

Em relação a trabalho, ocupação e renda, pode-se observar a situação brasileira, na qual pessoas sem deficiência apresentam maior porcentagem de ocupação em empregos formais em relação àquelas que apresentam algum tipo de deficiência. E a situação se torna mais preocupante ao incluir o aspecto racial à análise das condições de trabalho: dentro do grupo de pessoas com deficiência, mesmo que o nível de ocupação de pessoas pretas e pardas seja maior que o de pessoas brancas, a taxa de formalização é notoriamente menor<sup>55</sup>. Dessa forma, considerando as desigualdades laborais como um problema estrutural, que perpassa a vivência de pessoas com deficiência em momentos de ausência de emergências em saúde, os planos de desenvolvimento global e local devem levar em consideração as necessidades específicas da população com deficiência e a maximização dos empregos para as populações em vulnerabilidade<sup>18</sup>.

Em relação ao acesso à telessaúde, Senjam *et al.*<sup>40</sup> corroboram as estratégias encontradas, pois afirmam que as teleconsultas têm potencial educacional para cuidadores ou para a rede de apoio das pessoas com deficiência. Tais estratégias se reforçaram durante a pandemia de COVID-19, pois, além da mitigação dos efeitos do distanciamento social a partir de ligações e teleconferências, as tecnologias são ferramentas para as relações assistenciais. Ressalta-se, entretanto, a importância da definição de diretrizes para o teletendimento, além de treinamento específico para intervenções *online*<sup>33,51</sup>. Para Jayarajan *et al.*, o teletendimento apresenta diversos desafios, que incluem as preocupações sobre a privacida-

de dos dados do paciente, o acesso a dispositivos que possibilitem o atendimento remoto, além da limitação do atendimento realizado no âmbito da telereabilitação, que não pode permanecer apenas remotamente, por prejudicar a socialização e o treinamento prático<sup>33</sup>. É relevante observar se o cuidador da pessoa com deficiência supervisiona as atividades realizadas remotamente, pois as emoções expressas e o comportamento podem ser diferentes na presença de terceiros<sup>33</sup>.

Em relação à atenção integral à saúde, os achados mostraram a necessidade de fortalecer a legislação local e as políticas de saúde, cujos direitos fundamentais às pessoas com deficiência deveriam incluir acesso à saúde, seja pública ou privada<sup>31,37</sup>. Assim, práticas discriminatórias no setor de saúde suplementar (como valores e carências exorbitantes para pessoas com deficiência, baixa cobertura a procedimentos de reabilitação e negativas a assistências especializadas) devem ser combatidas e devidamente penalizadas<sup>37,46</sup>.

No contexto de formas de planejamento e organização de planos de contingência, observou-se que poucos planos ou diretrizes forneceram detalhes sobre como os planejadores poderiam atender às necessidades das pessoas com deficiência antes, durante e após crises de saúde pública. Campbell *et al.*<sup>41</sup> apontaram a carência de consistência dos planos de contingência, o tipo de abordagem a ser utilizado e as evidências de sua efetividade. Tanto a população com deficiência quanto seus cuidadores devem ser incluídos no planejamento de ações para enfrentamento a emergências, de modo a garantir alternativas factíveis<sup>41</sup>. Pessoas com deficiência, seus cuidadores e apoiadores devem estar envolvidos no desenvolvimento, na avaliação e na execução do planejamento e da resposta a crises em saúde pública<sup>41</sup>.

Em relação aos aspectos de comunicação, discutem-se lacunas no sentido de dispor de informações referentes às necessidades de contingência, população-alvo e estratégias efetivas de prevenção e intervenção dessas situações, propondo-se registros de identificadores relacionados à deficiência nos sistemas de vigilância em saúde e outros sistemas assistenciais, com vistas a monitorar padrões epidemiológicos e sociais das pessoas com deficiência<sup>43</sup>. Nesse sentido, observou-se a necessidade de aprimorar instrumentos de sistemas de informação e ampliar sua utilização, de modo a fortalecer a avaliação e o monitoramento das ações voltadas às pessoas com deficiência e a fornecer maiores subsídios para a tomada de decisão em futuras emergências em saúde<sup>34,37</sup>.

Observou-se que serviços eletrônicos e páginas da internet em municípios brasileiros ainda apresentam um significativo descompasso em comparação com as tecnologias digitais disponíveis que garantem maior acessibilidade desses sistemas. Dos municípios brasileiros, somente 39,1% permitem navegação por todos os itens interativos da página sem necessidade de *mouse*, 34,1% descrevem o conteúdo das imagens, 34% descrevem o conteúdo das páginas com o texto que aparece na aba do navegador, 17,7% permitem ao usuário da tecnologia assistiva saltar itens repetidos na página, 16% usam CAPTCHA para solicitações, 6,9% incluem tradução de conteúdo em Libras, e 21,3% não adotam nenhuma das alternativas<sup>55</sup>.

Para coesão social, além da participação da pessoa com deficiência em planos de contingência e processos de comunicação inclusivos, observa-se o fortalecimento de redes de apoio, um tema que foi recorrente<sup>19,24,26,30</sup>. Um estudo<sup>19</sup> afirmou que fortalecer as redes de apoio das pessoas com deficiência deve ser uma atividade constante, realizada a partir do estabelecimento de relações de confiança entre usuário e serviços de emergência local, vizinhos e grupos comunitários, ressaltando que as medidas de cuidado devem ser voltadas também aos cuidadores. Uma vez estabelecido o vínculo entre pessoa com deficiência, serviço e rede de apoio, essa rede contribui com a comunicação das complexidades das deficiências, que por sua vez auxilia nas discussões para a garantia de financiamento de equipamentos em saúde para essa população<sup>24,26</sup>.

Durante a pandemia de COVID-19, a literatura apontou a fragilidade dos programas de educação *online*, sendo poucas as adaptações voltadas para a população com deficiência, evidenciando a necessidade de programas que promovam a inclusão digital para essa população<sup>27</sup>. A democratização da tecnologia, que se configura como uma necessidade desde o momento pré-pandêmico, no qual somente 68,8% das pessoas com deficiência apresentavam acesso domiciliar à internet, provou-se ainda mais urgente no contexto de crise e insurgência de obstáculos de acesso de pessoas com deficiência à modalidade de educação *online*<sup>27</sup>.

Por fim, discutem-se aspectos que devem ser considerados na implementação das estratégias, assim como os níveis responsáveis por cada etapa desse delineamento e o níveis-alvo das estratégias (Anexo 3, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.2WZPVJ>). Observa-se que a implementação deve ocorrer com políticas públicas que promovam ações intersetoriais.

Dessa forma, este artigo contribui para a adaptação de medidas de cuidado em saúde em futuras crises sanitárias, bem como para aquelas fora de emergências, como a comunicação inclusiva e adaptada para deficiências visual, auditiva e intelectual, que deve ser pensada e executada para qualquer tipo de ação em saúde. O crescimento dos teleatendimentos requer mais discussões, visto que podem ser uma solução para o problema do deslocamento das pessoas com deficiências, comumente considerado um obstáculo, além de diminuir o contato físico entre atendente e paciente, de forma a reduzir o contágio de doenças infecciosas em populações vulneráveis, entre outras estratégias que, além da teoria, devem ser colocadas em prática de forma acessível.

Um estudo<sup>22</sup> analisou as respostas governamentais para pessoas com deficiência no Brasil, na Argentina e no Chile e concluiu que, apesar de existirem recomendações, os países não desenvolveram respostas concretas para colocar em prática, com planejamento de políticas e melhorias de acesso e poucas mudanças feitas para adaptação das pessoas com deficiência à realidade da COVID-19.

No Brasil, apesar de algumas iniciativas de orientações governamentais terem sido iniciadas, a situação de saúde das pessoas com deficiência no contexto pandêmico ainda é desconhecida, sendo as informações epidemiológicas e sociais dessa população escassas e incipientes<sup>20</sup>. As ações governamentais iniciadas eram voltadas a orientações de prevenção ao SARS-CoV-2 para pessoas com deficiência<sup>56</sup>, recomendações aos profissionais que atendem pessoas com deficiência no contexto da pandemia<sup>57</sup> e recomendações de medidas emergenciais complementares para a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da COVID-19<sup>56</sup>.

No entanto, foram orientações gerais sem de fato viabilizar a implementação, haja vista o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (Recomendação nº 031), que trazia instruções aos ministérios da Saúde, da Economia, da Cidadania, da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, da Educação e aos conselhos de classe profissional. As recomendações feitas à época convergiam com as estratégias identificadas nesta revisão, abordando temas como acessibilidade e acesso aos serviços de saúde e de reabilitação, oportunidade de teleconsultas e teleorientação, comunicação inclusiva, assistência econômica e segurança no trabalho, entre outros<sup>56</sup>.

As recomendações da OMS para os governos e serviços de saúde também corroboram

os achados desta revisão, sendo recomendadas ações como a comunicação acessível, ações para as redes de apoio a pessoas com deficiência, para os prestadores de serviço (incluindo profissionais da saúde), planos de contingência emergencial, entre outros<sup>58,59</sup>.

Os achados trouxeram diversos tópicos que demandam atenção do campo das políticas públicas que incidem nos determinantes sociais, sendo os mais citados relativos às políticas de acessibilidade, principalmente quanto a informação, educação e benefícios de trabalho e renda.

### Limitações do estudo

Apesar da heterogeneidade relativa ao desenho dos estudos, poucos destes tinham baixa qualidade por serem artigos de opinião. Esta limitação metodológica não interferiu no objetivo de trazer um panorama das ações adotadas para pessoas com deficiência em época de emergências de saúde pública. A busca abrangente trouxe estratégias adotadas em diferentes realidades que podem apoiar o aprimoramento de políticas públicas para pessoas com deficiência.

### Contribuições para a área

Abordar estratégias para atender pessoas com deficiência durante períodos de emergência em saúde pública permitiu captar estratégias para formular programas e políticas voltados à saúde no nível dos sistemas de saúde e de proteção social. Também foi possível observar estratégias voltadas para a elaboração de protocolos e diretrizes para apoiar a conduta profissional durante o atendimento às pessoas com deficiência e para a promoção da mudança cultural de profissionais de saúde ao interagir com pessoas com deficiência.

### Considerações finais

Esta revisão sistemática trouxe oito categorias de estratégias para lidar com a atenção a pessoas com deficiência emergências de saúde pública, como a COVID 19. Tal panorama pode auxiliar a tomada de decisão e a formulação de políticas e ações em saúde para populações em situação de vulnerabilidade, visto que em períodos de crise sanitária essas populações estão mais suscetíveis a doenças e sofrem com fatores estruturais de determinação social.

As estratégias orientam políticas que podem ser adotadas na rotina, e não somente em situa-

ções de emergência em saúde pública, com ações factíveis que promovam maior equidade. Políticas de acesso e equidade em saúde são essenciais e devem ser formuladas contando com membros da comunidade, pois as prioridades e os aspectos de implementação podem ser apontados de forma realística.

### Colaboradores

Concepção e planejamento do estudo: FTS Elias. Coleta e análise dos dados: ALAGMC Silva e MC Ramos. Interpretação de dados: ALAGMC Silva, MC Ramos, DR Rezende, FTS Elias. Elaboração e revisão do manuscrito: ALAGMC Silva, MC Ramos, DR Rezende, FTS Elias. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública por seu conteúdo.

### Financiamento

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação Oswaldo Cruz.

### Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). COVID-19 [Internet]. 2022. [acessado 2022 ago 3]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/coronavirus/>
2. Estrela FM, Soares CFSE, Cruz MAD, Silva AFD, Santos JRL, Moreira TMO, Lima AB, Silva MG. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3431–3436.
3. Vaitsman J, Lobato LVC. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersectoriais. *Cien Saude Colet* 2017; 22(11):3527-3536.
4. World Health Organization (WHO). Disability considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2022. [cited 2022 nov 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-n-CoV-Disability-2020-1>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. 2019. [acessado 2022 ago 3]. Disponível em: [http://downloads.ibge.gov.br/downloads\\_estatisticas.htm?caminho=PNS/2019/Microdados/Dados](http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm?caminho=PNS/2019/Microdados/Dados)
6. Alexander D, Council of Europe. Disabled persons in viral pandemics: the example of Covid-19 [Internet]. 2021. [cited 2022 ago 3]. Available from: <https://rm.coe.int/publication-disabled-persons-in-viral-pandemics-the-example-of-covid-1/1680a44c46>
7. Pinto A, Köptcke LS, David R, Kuper H. A national accessibility audit of primary health care facilities in Brazil – are people with disabilities being denied their right to health? *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(6):2953.
8. Santos CAS, Santo EE. Análise das causas e consequências da superlotação dos serviços de emergências hospitalares: uma revisão bibliográfica. *Rev Saude Desenvolv* 2014; 5(3):31-44.
9. Bezerra TV, Silva MA, Maia ER. Acesso da pessoa com deficiência à atenção primária no Brasil: limites e possibilidades. *Cad Cult Cienc* 2015; 14(2):65-74.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia - versão 3*. Brasília: MS; 2016.

11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.
12. Brasil. Presidência da República. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [Internet]. 2007. [acessado 2022 ago 3]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category\\_slug=documentos-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192)
13. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2016. [cited 2022 ago 3] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>
14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016; 5(1): 210.
15. Alencar ES, Almouloud SA. A metodologia de pesquisa: metassíntese qualitativa. *Reflexão Ação* 2017; 25(3):204.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2):77-101.
17. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saude Debate* 2017; 41(112):63-76.
18. Jesus TS, Landry MD, Jacobs K. A 'new normal' following COVID-19 and the economic crisis: Using systems thinking to identify challenges and opportunities in disability, telework, and rehabilitation. *Work* 2020; 67(1):37-46.
19. Subramaniam P, Villeneuve M. Advancing emergency preparedness for people with disabilities and chronic health conditions in the community: a scoping review. *Disabil Rehabil* 2020; 42(22):3256-3264.
20. Saldanha JHS, Pereira APM, Santos AOC, et al. Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. *Cad Saude Publica* 2021; 37(9):e00291720.
21. Croft S, Fraser S. A scoping review of barriers and facilitators affecting the lives of people with disabilities during COVID-19. *Front Rehabil Sci* 2022; 2:784450.
22. Sakellariou D, Malfitano APS, Rotarou ES. Disability inclusiveness of government responses to COVID-19 in South America: a framework analysis study. *Int J Equity Health* 2020; 19(1):131.
23. Zaagsma M, Volkens KM, Swart EAK, Schippers AP, Van Hove G. The use of online support by people with intellectual disabilities living independently during COVID-19. *J Intellect Disabil Res* 2020; 64(10):750-756.
24. Epstein S, Campanile J, Cerilli C, Gajwani P, Varadaraj V, Swenor BK. New obstacles and widening gaps: A qualitative study of the effects of the COVID-19 pandemic on U.S. adults with disabilities. *Disabil Health J* 2021; 14(3): 101103.
25. Lugo-Agudelo L, Brunal MAS, Borrero AMP, Sarmiento KMC, Correa JCV, Di Dio Castagna Iannini R, Zuluaga MG, Ospina VA, Lugo DFP, Franco LFM, Gutenbrunner C. Countries response for people with disabilities during the COVID-19 pandemic. *Front Rehabil Sci* 2022; 2:796074.
26. Mzini LB. COVID-19 pandemic planning and preparedness for institutions serving people living with disabilities in South Africa: an opportunity for continued service and food security. *J Intellect Disabil Diagnosis Treat* 2021; 9(1):11-20.
27. Oviedo-Cáceres MDP, Arias-Pineda KN, Yepes-Camacho MDR, Montoya Falla P. COVID-19 pandemic: experiences of people with visual impairment. *Invest Educ Enferm* 2021; 39(1):e09.
28. Scheffers F, Moonen X, van Vugt E. Assessing the quality of support and discovering sources of resilience during COVID-19 measures in people with intellectual disabilities by professional carers. *Res Dev Disabil* 2021; 111:103889.
29. Marotta N, Demeco A, Moggio L, Ammendolia M. Why is telerehabilitation necessary? A pre-post COVID-19 comparative study of ICF activity and participation. *J Enabling Technol* 2021; 15(2):117-121.
30. Navas P, Amor AM, Crespo M, Wolowicz Z, Verdugo MA. Supports for people with intellectual and developmental disabilities during the COVID-19 pandemic from their own perspective. *Res Dev Disabil* 2021; 108:103813.
31. Smith EM, Toro Hernandez ML, Ebuonyi ID, Syurina EV, Barbareschi G, Best KL, Danemayer J, Oldfrey B, Ibrahim N, Holloway C, MacLachlan M. Assistive Technology Use and Provision During COVID-19: Results From a Rapid Global Survey. *Int J Heal policy Manag* 2022; 11(6):747-756.
32. Boldrini P, Garcea M, Bricchetto G, Reale N, Tonolo S, Falabella V, Fedeli F, Cnops AA, Kiekens C. Living with a disability during the pandemic. 'Instant paper from the field' on rehabilitation answers to the COVID-19 emergency. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020; 56(3):331-334.
33. Jayarajan D, Sivakumar T, Torous JB, Thirthalli J. Telerehabilitation in Psychiatry. *Indian J Psychol Med* 2020; 42(suppl. 5):57S-62S.
34. Kendall E, Ehrlich C, Chapman K, Shirota C, Allen G, Gall A, Kek-Pamenter JA, Cocks K, Palipana D. Immediate and long-term implications of the COVID-19 pandemic for people with disabilities. *Am J Public Health* 2020; 110(12):1774-1779.
35. Kwak E-J, Kim J, Perinpanayagam H, Kun K-Y. Guidance for dental treatment of patients with disabilities during COVID-19 pandemic. *J Dent Sci* 2021; 16(1):540-543.
36. Sabatello M, Burke TB, McDonald KE, Appelbaum PS. Disability, ethics, and health care in the COVID-19 pandemic. *Am J Public Health* 2020; 110(10):1523-1527.
37. Nwachukwu PTT, Asuelime L. UN COVID 19 disability inclusion strategy: assessing the impact on cultural-safety and capability information approach. *J Intellect Disabil Diagnosis Treat* 2021; 9(1):29-38.

38. Naami A, Mfofo-McCarthy M. COVID-19: vulnerabilities of persons with disabilities in Ghana. *African J Soc Work* 2020; 10(3):9-16.
39. Nankervis K, Chan J. Applying the CRPD to people with intellectual and developmental disability with behaviors of concern during COVID-19. *J Policy Pract Intellect Disabil* 2021; 18(3):197-202.
40. Senjam SS. A persons-centered approach for prevention of COVID-19 disease and its impacts in persons with disabilities. *Front Public Heal* 2021; 8:608958
41. Campbell VA, Gilyard JA, Sinclair L, Sternberg T, Kailles JI. Preparing for and responding to pandemic influenza: implications for people with disabilities. *Am J Public Health*. 2009; 99(suppl. 2):S294-S300.
42. Hutchins SS, Truman BI, Merlin TL, Redd SC. Protecting vulnerable populations from pandemic influenza in the United States: a strategic imperative. *Am J Public Health*. 2009; 99(suppl. 2):S243-S248.
43. Boyle CA, Fox MH, Havercamp SM, Zubler J. The public health response to the COVID-19 pandemic for people with disabilities. *Disabil Health J* 2020; 13(3):10094.
44. Jalali M, Shahabi S, Lankarani KB, Kamali M, Mojangi P. COVID-19 and disabled people: perspectives from Iran. *Disabil Soc* 2020; 35(5):844-847.
45. Jumreornvong O, Tabacof L, Cortes M, Tosto J, Kellner CP, Herrera JE, Putrini D. Ensuring equity for people living with disabilities in the age of COVID-19. *Disabil Soc* 2020; 35(10):1682-1687.
46. Kavanagh A, Dickinson H, Carey G, Llewellyn G, Emerson E, Disney G, Hatton C. Improving health care for disabled people in COVID-19 and beyond: lessons from Australia and England. *Disabil Health J* 2021; 14(2):101050.
47. Zeng B, Chen D, Qiu Z, Zhang M, Wang G; Rehabilitation Group of Geriatric Medicine branch of Chinese Medical Association, division of Management of Medical Rehabilitation Institution of Chinese Hospital Association, Rehabilitation Institution Management division of Chinese Rehabilitation Medical Association, division of Rehabilitation Psychology, Chinese Psychological Association, division of Disability Classification Research, Chinese Association of Rehabilitation of Disabled Persons; Wang J, Yu P, Wu X, An B, Bai D, Chen Z, Deng J, Guo Q, He C, Hu X, Huang C, Huang Q, Huang X, Huang Z, Li X, Liang Z, Liu G, Liu P, Ma C, Ma H, Mi Z, Pan C, Shi X, Sun H, Xi J, Xiao X, Xu T, Xu W, Yang J, Yang S, Yang W, Ye X, Yun X, Zhang A, Zhang C, Zhang P, Zhang Q, Zhao M, Zhao J. Expert consensus on protocol of rehabilitation for COVID-19 patients using framework and approaches of WHO International Family Classifications. *AGING Med* 2020; 3(2):82-94.
48. Banks LM, Davey C, Shakespeare T, Kuper H. Disability-inclusive responses to COVID-19: Lessons learnt from research on social protection in low- and middle-income countries. *World Dev* 2021; 137:105178.
49. Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Nota técnica: Recomendações de Proteção e Prevenção à Saúde das Pessoas com Deficiência Frente à Pandemia pelo Novo Coronavírus (COVID-19) [Internet]. [acessado 2022 ago 3] 2021. Disponível em: [http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning\\_document/file/598/NOTA\\_TECNICA\\_PESSOA\\_COM\\_DEFICIENCIA\\_reduzida.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/598/NOTA_TECNICA_PESSOA_COM_DEFICIENCIA_reduzida.pdf)
50. Velasco JV, Obnial JC, Pastrana A, Ang HK, Viacrusis PM, Lucero-Prisno Iii DE. COVID-19 and persons with disabilities in the Philippines: a policy analysis. *Heal Promot Perspect* 2021; 11(3):299-306.
51. Valdez RS, Rogers CC, Claypool H, Triesmann L, Frye O, Wellbeloved-Stone C, Kushalnagar P. Ensuring full participation of people with disabilities in an era of telehealth. *J Am Med Inform Assoc* 2021; 28(2):389-392.
52. Sarju JP. Nothing About Us Without Us – Towards Genuine Inclusion of Disabled Scientists and Science Students Post Pandemic. *Chemistry* 2021; 27(3):10489-10494.
53. Qi F, Wu YQ, Wang Q. Experience and discussion: safeguards for people with disabilities during the COVID-19 pandemic in China. *Front Public Heal* 2021; 9:744706.
54. Zidan T. Disability and health emergencies. In: Fronnek P, Casares KS, editors. *Social Work In Health Emergencies: Global Perspectives*. South Bend (IN): Routledge; 2022. p. 188-200.
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pessoas com deficiência e as desigualdades sociais no Brasil [Internet]. 2022 [acessado 2022 dez 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/34889-pessoas-com-deficiencia-e-as-desigualdades-sociais-no-brasil.html?=&t=resultados>
56. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recomendação nº 031, de 30 de abril de 2020. Recomenda medidas emergenciais complementares que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência no contexto da Covid-19 [Internet]. 2020. [acessado 2022 dez 10]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1146-recomendacao-n-031-de-30-de-abril-de-2020>
57. Brasil. Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos Recomendações aos profissionais que atendem as pessoas com deficiência e com doenças raras: Coronavírus [Internet]. 2020. [acessado 2022 dez 10]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/1156>
58. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Considerações sobre pessoas com deficiência durante o surto de COVID-19 [Internet]. 2020. [acessado 2022 dez 10]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52063/OPASBRACOVID1920017\\_por.pdf?sequence=7](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52063/OPASBRACOVID1920017_por.pdf?sequence=7)
59. World Health Organization (WHO). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet]. 2021. [cited 2022 dez 10] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

Artigo apresentado em 05/02/2023

Aprovado em 15/06/2023

Versão final apresentada em 17/06/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva