



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

KÁTIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA**

CAMPINA GRANDE

2024

KÁTIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

CAMPINA GRANDE

2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F383a Ferreira, Kátia Cristina Barbosa.

**Avaliação das necessidades de saúde das
pessoas com deficiência física em uma instituição
de referência**

[manuscrito] / Kátia Cristina Barbosa Ferreira. - 2024.

77 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS. "

1. Reabilitação. 2. Reabilitação - pessoas com deficiência.
3. Assistência integral à saúde. 4. Equidade . 5. Acessibilidade.

I. Título

21. ed. CDD 614

KÁTIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA

**AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública

Aprovada em:19/03/2024

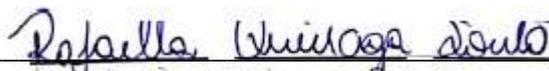
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba- (UEPB)



Prof. Dr. Alexandro Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba- (UEPB)



Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba- (UFPB)

Dedico esta dissertação a Deus, responsável por todas as minhas conquistas e vitórias. A minha amada Mãe, por ter me apoiado nesta trajetória contribuindo para realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido saúde e a possibilidade de realização desse sonho.

Foram momentos desafiadores, de renúncias, mas com esforço, foco e determinação consegui superá-los. Venci!

Ter chegado até aqui foi um privilégio e uma grande benção Divina.

À minha querida Mãe **Zefinha**, pela dedicação, apoio, incentivo, companheirismo e amor ao longo de minha caminhada.

Aos meus **Amigos** por toda compreensão, incentivo e carinho.

À minha tão querida e especial orientadora Profa. Dra. **Inacia Sátiro Xavier de França**, a quem tanto admiro, gratidão por sua orientação, paciência e apoio. A sua contribuição foi extremamente significativa e importante para a minha formação acadêmica. Levarei suas orientações comigo para sempre.

Aprendi com a senhora que devemos ser como as águias: fortes e capazes de voar bem alto, pois nada poderá nos impedir de chegarmos onde desejamos.

Aprendi muito contigo durante esses dois anos. Tenho um imenso orgulho em ter sido sua orientanda, foi um presente de Deus conviver com a senhora, porque além de ser uma excelente profissional, uma pesquisadora espetacular é um ser humano grandioso e nobre.

Ao **Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba**, os meus sinceros agradecimentos pelas orientações e esclarecimentos prestados, na pessoa da Profa. **Dra. Gabriela Costa** a quem parablenizo pela ética e responsabilidade no exercício de suas funções.

Os meus sinceros agradecimentos a **Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência- FUNAD**, pela oportunidade de desenvolvimento da minha pesquisa, utilização de suas instalações, receptividade e apoio. A minha Gratidão a Presidente **Simone Jordão Almeida** e o **NEP- FUNAD** pelas valiosas orientações. O período que passei em coleta de dados foram momentos inesquecíveis e marcantes para o meu aprendizado.

Às pessoas com deficiência física que aceitaram participar da minha pesquisa.

À coordenação e funcionários do Programa de **Pós- Graduação e Pesquisa- PPGSP/UEPB** por toda atenção e o **Departamento de Enfermagem da UEPB** pelo acolhimento e orientações durante o meu estágio docência.

Aos professores que compuseram a minha banca, Prof. Dr. **Alexsandro Silva Coura** e profa. Dra. **Rafaella Queiroga Souto** a minha gratidão, por terem aceitado o convite. Agradeço as valiosas e pertinentes colocações direcionadas à minha pesquisa.

Aos meus **Mestres**, que tanto contribuíram para a minha formação durante esses dois anos de mestrado. A todos eles o meu carinho e respeito.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente com mais essa conquista em minha vida, o meu sincero agradecimento!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

Introdução: É considerada pessoa com deficiência a que tem impedimento a longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com alguma barreira, pode interromper sua participação efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Os indivíduos com deficiência física podem apresentar inúmeras necessidades de saúde, as quais podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo o tipo de deficiência, a faixa etária do paciente, o contexto em que vivem e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde apropriados. **Objetivo:** avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física acompanhadas por uma instituição de referência. **Metodologia:** estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa realizado com 130 pessoas com deficiência física. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2023, por meio de dois questionários validados que avaliaram as características sociodemográficas e as necessidades de saúde. A estatística descritiva, analítica e o software *R* foram usados para análise dos dados. **Resultados:** revelou-se maior frequência para o sexo masculino 52,3%. Cerca de 76,9% receberam atendimento de profissionais de saúde, porém 26,9% tiveram acesso a atividades e materiais educativos sobre saúde. A comunicação com os profissionais de saúde foi de 82,3%, e 85,4% afirmaram que os profissionais são capacitados e sensibilizados para atender suas necessidades. Quanto ao acesso a transportes para os serviços de saúde, 57,7% enfrentaram dificuldades. O estudo evidenciou pontos positivos, mas lacunas precisam ser solucionadas para garantir um acesso equitativo e de qualidade às pessoas com deficiência física. **Conclusão:** As pessoas com deficiência física apresentam necessidades de acesso aos transportes públicos, dificuldades de deslocamento para as instituições de saúde, necessidade de educação em saúde e atividades educativas para contribuir na orientação e autocuidado, acesso a transportes adaptados que os possibilitem direito de igualdade em condições com as demais pessoas. As necessidades de saúde das pessoas com deficiência física devem ser avaliadas como etapa essencial para assegurar a igualdade de acesso e excelência nos cuidados de saúde para essa população.

Palavras-chave: reabilitação; pessoas com deficiência; assistência integral à saúde; determinação de necessidades de cuidados de saúde; equidade; acessibilidade.

ABSTRACT

Introduction: A person with a disability is one who has a long-term physical, mental, intellectual, or sensory impairment which, in interaction with some barrier, may hinder their effective participation in society on an equal basis with others. Individuals with physical disabilities can have numerous health needs, which can be influenced by various factors, including the type of disability, the patient's age group, the context in which they live and difficulties in accessing appropriate health services. **Objective:** assess the health needs of people with physical disabilities monitored by a reference institution. **Method:** cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach carried out with 130 people with physical disabilities. Data were collected from July to December 2023, using two validated questionnaires that assessed sociodemographic characteristics and health needs. Descriptive and analytical statistics and R software were used to analyze the data. **Results:** There was a higher frequency of males 52.3%. Around 76.9% received care from health professionals, but 26.9% had access to health education activities and materials. Communication with health professionals was 82.3%, and 85.4% said that professionals are trained and sensitized to meet their needs. As for access to transportation to health services, 57.7% faced difficulties. The study highlighted positive points, but also gaps that need to be resolved in order to guarantee equal and quality access for people with physical disabilities. **Conclusion:** People with physical disabilities have access to public transport, difficulties in traveling to health institutions, need for health education and educational activities to contribute to guidance and self-care, access to adapted transport that allows them the right to equal conditions with the other people. The health needs of people with physical disabilities must be assessed as an essential step to ensuring equal access and excellence in health care for this population.

Keywords: rehabilitation; people with disabilities; comprehensive health care; determination of health care needs; equity; accessibility.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados sociodemográficos dos usuários com deficiência física.....	40
Tabela 2 -	Dados referentes às necessidades de saúde dos usuários com deficiência física.....	41
Tabela 3 -	Associações entre os dados sociodemográficos dos usuários com deficiência física e a variável 18.....	44
Tabela 4 -	Associações entre os dados sociodemográficos dos usuários com deficiência física e a variável 29.....	46
Tabela 5 -	Associações entre a Escolaridade e as dificuldades de acesso aos transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança e lazer.....	49
Tabela 6 -	Associações entre a forma de locomoção e as dificuldades de acesso aos transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança e lazer.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CODAFI	Coordenação de Atendimento à Pessoa com Deficiência Física
FUNAD	Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NED	Núcleo de Educação Física e Desportos
NBR	Norma Brasileira
NVA	Núcleo de Vivência e Arte
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com deficiência
PcDs	Pessoas com Deficiências
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OPMS	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo geral.....	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1	Contexto histórico da deficiência.....	18
4.2	Epidemiologia de pessoas com deficiência.....	21
4.3	Conceito e direitos da pessoa com deficiência.....	22
4.4	Aspectos sociais e demográficos da pessoa com deficiência no Brasil.....	23
4.5	Rede de cuidados à pessoa com deficiência.....	24
4.6	Origem do CER, significado e funcionamento.....	25
4.7	Inclusão à pessoa com deficiência.....	26
4.8	Acessibilidade física à pessoa com deficiência.....	27
4.9	Conceito de necessidade de saúde.....	27
4.10	Necessidades de saúde de pessoas com deficiência.....	28
5	METODOLOGIA.....	30
5.1	Tipo de estudo.....	30
5.2	Local da pesquisa.....	30
5.3	População e amostra.....	31
5.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	31
5.5	Procedimento para coleta de dados.....	32
5.6	Processamento e análise dos dados.....	32
5.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	33
6	RESULTADOS.....	34
6.1	Artigo.....	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
	REFERÊNCIA.....	59
	APÊNDICE A -FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	63
	APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	67
	APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	71

APÊNDICE D -TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO.....	72
APÊNDICE E – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	73
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	74
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	76

1 INTRODUÇÃO

É considerada pessoa com deficiência (PcD) a que tem impedimento a longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com alguma barreira, pode interromper sua participação efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2018), mais de um bilhão de pessoas no mundo vivem com alguma modalidade de deficiência.

Nos países da União Europeia evidencia-se um quantitativo geral de cerca de 87 milhões de pessoas, percentual semelhante ao do Continente Africano e da América Latina e Caribe, de 84 e 85 milhões respectivamente (European Commission, 2017).

O Brasil possui mais de 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa 23,9% da população. Deste total, mais de 13 milhões são deficientes físicos, que em contato com diversas barreiras, podem apresentar dificuldades que venham a interferir na igualdade social, o que pode acarretar algum tipo de discriminação (Ministério da Saúde, 2021).

A região Nordeste do país é onde se concentra o maior número de indivíduos afetados por deficiências (IBGE, 2010).

De acordo com dados do Censo Demográfico 2010, a deficiência motora faz parte da vida de cerca de 13,3 milhões de brasileiros, sendo 4,1 milhões de nordestinos. Na Paraíba são 320,1 mil nesta condição, sendo que 5,7% do total tem deficiências na forma mais leve, em 2,5% têm grande dificuldade e a dificuldade era extrema no caso de 0,4% do total das PcD (IBGE, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, cerca de 3,8% (7,8 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais de idade possuíam deficiência física nos membros inferiores, índice maior entre mulheres (4,8%) do que nos homens (2,7%), já em 2019, 2,7% (5,5 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais de idade apresentaram deficiência física relacionada aos membros superiores (IBGE, 2021).

Segundo Pimentel et al (2017), a forma como a pessoa com deficiência era tratada variou de acordo com a época, desde a rejeição ainda na infância, condenação à morte e a crença de que era uma punição divina. De acordo com análise histórica, foi possível observar que as pessoas com deficiência foram marginalizadas, segregadas e excluídas da sociedade ao longo do tempo.

A deficiência era vista como uma anomalia e os indivíduos com deficiência eram colocados em posição de inferioridade. No século XX, mais precisamente em 1948, com a

aprovação da Declaração Universal dos direitos Humanos, em Assembleia geral da Organização das Nações Unidas, as pessoas com deficiência passaram a ser vistas como cidadãos, como sujeito de direitos, e a partir daí, foram modificando os conceitos comunitários a este respeito (Pimentel et al, 2017).

De acordo com Pereira (2008), a forma como a pessoa com deficiência foi e é percebida, envolve um conjunto de conceitos que são característicos da sociedade e da cultura a qual ela está inserida. Os princípios aos quais esses conceitos encontram-se ligados estão relacionados a contextos culturais, familiares, religiosos, sociais e econômicos, e que juntos, formarão os seus ideais. A sociedade apresentará suas concepções sobre a deficiência, e essas, serão diferentes em cada época e cultura, envolvendo credos, preconceitos e lendas.

No Brasil, com a promulgação da Constituição de 1988, importantes avanços aconteceram no que diz respeito à garantia de direitos, portanto diante desse contexto, criaram-se diversas políticas sobre a ação governamental e as responsabilidades de cada setor, determinando pleno acesso das pessoas com deficiência à saúde, à educação, à habilitação, reabilitação, trabalho, à cultura, ao desporto, turismo e lazer, bem como as normas gerais de acessibilidade nos espaços físicos, nos transportes, comunicação, na informação e no que tange às ajudas técnicas (Brasil, 1988).

A Assembleia Mundial de Saúde, em 2001, aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), que apresenta uma evolução na abordagem da deficiência, pois apresenta significados sobre as mudanças em termos conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que a concepção leva em conta a capacidade de pessoas com deficiência, não a incapacidade ou a questão da doença, ou a situação que causou a seqüela, mas outros fatores, como a capacidade do indivíduo em se relacionar com o seu ambiente de vida (Brasil, 2008).

A CIF analisa a saúde dos indivíduos a partir de cinco categorias: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo. Tal percepção traz maior clareza sobre a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção das pessoas com deficiência, permitindo descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições. Outro avanço significativo para os direitos das pessoas com deficiência foi a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006), que reforça e promulga os direitos de cidadania dessas pessoas, incluindo aspectos relacionados à saúde. A Convenção enfatiza a importância de garantir que as pessoas com deficiência tenham acesso aos serviços de saúde em igualdade de condições com as demais pessoas e sem discriminação (Brasil, 2008).

Segundo a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, a pessoa com deficiência possui direito ao cuidado integral, acesso regulado a serviços de saúde, o que inclui diretamente a acessibilidade a ambientes físicos, portanto possibilitando o cumprimento igualitário às demais pessoas da sociedade (Brasil, 2012).

Os indivíduos com deficiência física podem apresentar inúmeras necessidades de saúde, as quais podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo o tipo de deficiência, a faixa etária do paciente, o contexto em que vivem e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde apropriados. Ademais, é importante destacar que essas necessidades podem se modificar ao longo do tempo, demandando avaliações periódicas para garantir que os cuidados sejam ajustados conforme a necessidade (Costa et al, 2016).

Segundo a filósofa Agnes Heller, o conceito de necessidade designa um sentimento consciente de que falta algo, e por isso, é também uma motivação na medida em que essa falta estimula a pessoa a preenchê-la ou eliminá-la (Heller, 1986).

A análise das exigências de saúde das pessoas com deficiência física em uma instituição especializada constitui uma etapa essencial para garantir a esses indivíduos cuidados apropriados e uma assistência de qualidade. Essa análise engloba a identificação das necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas, e a determinação dos recursos essenciais para supri-las (Farias; Buchalla, 2005).

No ambiente institucional, para a avaliação das necessidades de saúde do usuário com deficiência física, é necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde, tais como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. Essa equipe colabora conjuntamente para examinar as exigências de saúde do indivíduo, elaborar um plano de cuidado personalizado e acompanhar sua evolução ao longo do tempo (Costa et al, 2016).

As deficiências podem ser de diversas naturezas, incluindo deficiências físicas, cognitivas, intelectuais, auditivas e visuais. Elas podem ser congênitas, traumáticas, acidentais e/ou adquiridas ao longo da vida devido a doenças crônicas. É importante ressaltar que as pessoas com deficiência física enfrentam uma série de desafios diários em suas vidas, incluindo acessibilidade física, discriminação e ausência de oportunidades na educação, emprego e participação na comunidade (Who, 2012).

Compreende-se que a deficiência é um conceito em constante transformação, a qual emerge da interação entre indivíduos com deficiência e os obstáculos que os limitam de participar de maneira completa e efetiva na sociedade. Neste contexto, ressalta-se a relevância do acesso a ambientes físicos, sociais, econômicos e culturais, bem como à saúde, educação,

informação e comunicação. Estes são instrumentos fundamentais que podem permitir que as pessoas com deficiência desfrutem plenamente de todos os direitos humanos e liberdades essenciais, possibilitando equidade na sociedade (Who, 2012).

Entretanto, apesar da representatividade desses indivíduos na população brasileira, ainda são muitas as barreiras existentes para o fortalecimento de sua participação como cidadãos. As dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações que impedem o exercício mais básico dos direitos de qualquer cidadão, de se deslocar livremente. Alguns exemplos podem ser citados, como: falta de rampas e de corrimãos, degraus altos, pisos e portas inadequadas, entre outros (Pagliuca, 2007).

É essencial que as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida possam dispor de assistência de saúde conforme as suas necessidades de saúde. As barreiras de mobilidade e acessibilidade aos serviços podem dificultar significativamente sua capacidade de desfrutar uma vida plena e autônoma, colocando-as em uma situação de desvantagem e prejuízos na reabilitação. Quando o ambiente físico, social e cultural não é adaptado para atender às necessidades específicas dessas pessoas, elas enfrentam barreiras significativas para participar plenamente da sociedade. Isso pode incluir dificuldades de locomoção em espaços públicos, acesso limitado a serviços essenciais, como: saúde, educação, emprego e assistência de saúde (Bernardes et al, 2020).

As pessoas com deficiência, portanto, necessitam de cuidados gerais adequados em saúde, que cubram todos os aspectos, incluindo os preventivos e promotores de saúde, amparados pela atenção primária, secundária e terciária, e podem exigir cuidados de reabilitação e tratamento especializado relacionados ou não à sua deficiência subjacente, para otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade (Who, 2012).

Levando em consideração as lacunas de estudos científicos, então são necessárias mais pesquisas para entender como as pessoas com deficiência estão acessando os serviços de saúde, não apenas em termos de utilização, mas também na cobertura de serviços preventivos, reabilitação, acessibilidade dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados recebidos para alcançar suas necessidades de saúde (Bright; Kuper, 2018). Diante desse contexto, torna-se relevante avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física, para confirmar se elas apresentam necessidades que precisam ser solucionadas. O objetivo do estudo foi avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física acompanhadas por uma instituição de referência. Diante desse contexto é importante buscar estratégias para garantir equidade no atendimento e proporcionar aos usuários inclusão nos serviços de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

As pessoas com deficiência podem ter necessidades de saúde específicas devido às suas deficiências e condições de saúde associadas. As evidências indicam que PcDs têm maiores necessidades de saúde do que as pessoas sem deficiência e que essas necessidades geralmente não são satisfeitas. Além das necessidades comuns de saúde, como a imunização, por exemplo, elas têm piores níveis de acesso aos serviços de saúde e piores desfechos de saúde (Who, 2012).

O desempenho dos sistemas de saúde em todo o mundo e o acesso aos cuidados de saúde, por pessoas com e sem deficiência, continua sendo um conceito complexo (Lavesque et al, 2013). Os potenciais desafios enfrentados no acesso aos cuidados de saúde incluem discriminação, inacessibilidade física e indisponibilidade da informação. Em todo o mundo, faltam evidências sobre como promover a inclusão de pessoas com deficiência no sistema de saúde (Who, 2012). Os serviços do SUS devem promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social (Brasil, 2015).

Avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física é uma forma de identificar possíveis lacunas no sistema de saúde e dessa forma, propor soluções que visem à melhoria da qualidade do atendimento e à inclusão dessas pessoas.

Abordar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física é fundamental para garantir o respeito aos seus direitos, melhorar sua qualidade de vida e promover a igualdade de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva, na qual todas as pessoas tenham a oportunidade de alcançar um ótimo nível de bem-estar físico e emocional. Assim, é primordial abordar essa temática para detectar possíveis ajustes e adaptar os serviços de saúde a fim de prestar um atendimento apropriado e de qualidade às pessoas com deficiência.

Isso inclui identificar os entraves ao acesso, treinar os profissionais de saúde para atender suas necessidades específicas e desenvolver políticas e práticas que promovam a inclusão e a igualdade de tratamento. Tendo em vista a relevância social de colaborar com o conhecimento científico que será construído sobre o tema na ótica de integrar a discussão no contexto de saúde, é importante conhecer se a assistência de saúde está suprindo as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física. Para tanto, a importância do estudo é imprescindível quanto à saúde pública, orientação às pessoas com deficiência, ampliação do conhecimento científico e de estudos sobre a temática.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física acompanhadas por uma instituição de referência.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contexto histórico da deficiência

Ao estudar a origem da deficiência, a história revela que ao longo dos tempos as pessoas com deficiência não recebiam tratamento “igualizado” que lhes permitia acesso pleno a bens e serviços, respeitando suas distinções, da mesma forma como ocorre com as demais, o que contribuiu para a formação de uma sociedade segregacionista e intolerante às diversidades. Por essa razão, durante muito tempo, a deficiência foi a causa determinante para a exclusão social das pessoas deficientes (Bueno; Guedes, 2019).

As causas da deficiência na antiguidade clássica decorriam, em especial, da atividade braçal na realização das grandes construções civis gregas, atividade essa responsável pelas deficiências adquiridas nos acidentes de trabalho. Ao contrário das outras civilizações, na grega, as pessoas com deficiência não eram tratadas com desprezo ou preconceito (Silva, 1987).

Já na Roma Antiga, tanto os nobres como os plebeus podiam sacrificar os filhos que nasciam com alguma deficiência. As leis romanas não eram favoráveis às pessoas que nasciam com deficiência. A população encarava o nascimento de pessoas com deficiência como castigo de Deus e os supersticiosos viam os deficientes como feiticeiros ou bruxos (Monteiro et al, 2016).

No Cristianismo surgem como adeptos os menos favorecidos, entre eles, pessoas com doenças crônicas, defeitos físicos e com problemas mentais. Segundo Campos (2017), até o aparecimento do Cristianismo, o deficiente era visto como um “ser sem alma”, dotado de uma infelicidade por assim ter sido criado (Bueno; Guedes, 2019).

A idade média teve início com o fim do Império Romano e foi marcada por precárias condições de vida e de saúde das pessoas. A população ignorante encarava o nascimento de pessoas com deficiência como castigo de Divino. A Idade Moderna marcou a passagem de um período de extrema ignorância para o nascer de novas ideias. Durante os séculos XVII e XVIII houve grande desenvolvimento no atendimento às pessoas com deficiência em hospitais. Havia assistência especializada em ortopedia para os mutilados das guerras e para pessoas cegas e surdas. Entre os séculos XVI e XIX as pessoas com deficiência continuavam isoladas, mas ficavam em asilos, conventos e albergues (Pereira, 2017).

Nesse período histórico da humanidade as escolas não se abriam para as pessoas com deficiência, consideradas “doentes”, “pacientes”, “surgiram às escolas e classes especiais, como espaço exclusivo para aqueles cuja deficiência motivou rejeição da escola regular, sob a

justificativa da necessidade de um atendimento especializado médico, clínico, porém não pedagógico” (Menicucci, 2006).

No século XVI, a preocupação com os deficientes restringiu-se praticamente às pessoas surdas e aos surdos mudos. Foi nesse período que surgiu o método de comunicação para surdos. No século XVIII, houve uma evolução dos programas de assistência às pessoas com deficiência auditiva, portanto foi a partir do século XIX que a pessoa com deficiência passou a ser compreendida sob o aspecto humanista em todo o mundo. Embora ainda não se pensasse sobre a efetiva integração da PcD na sociedade aberta ou mesmo na sua família. Ela passou a ser vista como ser humano, e a sociedade começou a assumir suas responsabilidades para com essas pessoas (Silva, 1987).

Nesse sentido, o século XIX trouxe avanços no tratamento das pessoas com deficiência uma vez que houve o reconhecimento de que a deficiência não estava associada a causas supersticiosas e credices, portanto, o tratamento deveria ser individual e especializado (Silva, 1987).

No século XX é que, de fato, houve maior mobilização voltada para o atendimento e busca de soluções plausíveis e concretas com vistas à proteção e à efetiva inserção da pessoa com deficiência na sociedade (Dicher; Trevisam, 2014).

Neste século houveram avanços importantes para as PcDs, sobretudo em relação às ajudas técnicas ou elementos tecnológicos assistivos. Os instrumentos que já vinham sendo utilizados (cadeira de rodas, bengalas, sistema de ensino para surdos e cegos, dentre outros) foram se aperfeiçoando. A sociedade, não obstante as sucessivas guerras, se organizou coletivamente para enfrentar os problemas e para melhor atender a pessoa com deficiência (Pereira,2017).

No século XXI, observa-se, de forma geral, que a relação da sociedade com a pessoa com deficiência tem sido, ao longo da história, marcada pela discriminação e exclusão por causa de crenças, religião, desconhecimento e ausência de aceitação das diferenças, fatores que podem ter sido determinantes para a associação da deficiência à incapacidade. No entanto, embora esse pensamento tenha prevalecido até meados do século XX, observa-se que, a partir do ano de 1960, estudos começaram a ser desenvolvidos em direção a um novo conceito de deficiência, sob a perspectiva da inacessibilidade dos ambientes, bem como pela forma com que a sociedade age em relação às limitações de cada indivíduo (Bueno; Guedes, 2019).

A partir do século XX, o tratamento às pessoas com deficiência tem maior atenção devido ao engajamento de muitos setores da sociedade no bem-estar comum e ao progresso das ciências e suas aplicações práticas em todos os setores. O início desse período foi marcado

pelas construções de hospitais-escolas, pelo desenvolvimento de estudos na área de reabilitação e pelo tratamento da pessoa com deficiência sob a ótica do modelo médico (Bueno; Guedes, 2019).

Com a proclamação do Ano Internacional da Pessoa Deficiente em 1981, pela ONU, houve um despertar das pessoas com deficiência sobre a necessidade de sua participação na sociedade, passando a se organizar politicamente para a construção de uma nova perspectiva sobre a deficiência, que tenha como fundamento os direitos humanos, defendido pelo modelo social, segundo o qual a interação entre a deficiência e o modo como a sociedade está organizada é que condiciona a funcionalidade, as dificuldades, as limitações e a exclusão dessas pessoas (Bueno; Guedes, 2019).

Como ponto de partida, a concepção mundial sobre os direitos humanos, cuja marca é a Declaração Universal dos Direitos Humanos até chegar ao reconhecimento da pessoa com deficiência como cidadão de direito, incluindo o direito à saúde. Dito isso, a linha histórica da construção de uma política pública de saúde no Brasil para a pessoa com deficiência, e as legislações que asseguram o direito à saúde dessa população servirão como pano de fundo para demonstrar as formulações que culminaram na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Oliveira; Garcia, 2017).

Ao longo das últimas décadas, houve uma mudança de paradigma quanto às questões relacionadas às pessoas com deficiência, tanto no âmbito legislativo quanto no modelo de saúde proposto em alguns países, incluindo o Brasil. O primeiro marco legal que autentica os direitos humanos e, por conseguinte, os direitos da PcD, foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Oliveira; Garcia, 2017).

Em 9 de dezembro de 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu a Resolução nº 30/84, a qual ficou conhecida como a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências. Com essa Resolução, foram dados às PcDs os mesmos direitos civis e políticos das pessoas que não possuem deficiência, entre eles o acesso aos serviços de saúde. No ano de 1981, a ONU declarou esse ano como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, o que colocou em evidência e em discussão, entre os países-membros, a situação da população portadora de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento. O principal desdobramento foi a aprovação pela Resolução nº 37/52, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências. Outro marco legal dos direitos das PcDs foi a Declaração de Salamanca de 1994, referente aos Princípios, Política e Prática em Educação Especial e a partir da qual se assegurou

que a educação de pessoas com deficiência fosse parte integrante do sistema educacional. Com a Declaração de Salamanca foi reafirmado o compromisso com a Educação para Todos, reconhecendo a necessidade da inclusão de pessoas com deficiência no sistema regular de ensino (Oliveira; Garcia, 2017).

Já no ano de 2001, a Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, denominada também Convenção de Guatemala, instituiu o Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, o qual define que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as demais pessoas, incluindo o direito de não ser submetida a qualquer forma de discriminação com base na sua deficiência. Posteriormente, por meio do Decreto Legislativo nº 186, foi aprovado o texto da ONU referente à Convenção sobre os direitos da PcD e seu protocolo facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007 (Oliveira; Garcia, 2017).

Em 2008, essa Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi incorporada à legislação brasileira, com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no Artigo 5º, § 3º da Constituição Brasileira, e quando feito, reconheceu um instrumento que gera maior respeito aos Direitos Humanos. Com isso, o Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007 (Oliveira; Garcia, 2017).

A universalidade do acesso, assim como a integralidade da assistência, igualdade da assistência em saúde e preservação da autonomia, também estão previstos como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contidos no Art. nº 198 da Constituição Federal e no Art. nº 7 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. No ano de 1999, o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853/89 e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Segundo o Art. 1º do Decreto acima citado, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que tem o objetivo de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das PcDs (Oliveira; Garcia, 2017).

4.2 Epidemiologia de pessoas com deficiência

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2018), mais de um bilhão de pessoas no mundo vivem com alguma modalidade de deficiência.

Nos países da União Europeia evidencia-se um quantitativo geral de cerca de 87 milhões de pessoas, percentual semelhante ao do Continente Africano e da América Latina e Caribe, de 84 e 85 milhões respectivamente (European Commission, 2017).

O Brasil possui mais de 45 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa 23,9% da população. Deste total, mais de 13 milhões são deficientes físicos, que em contato com diversas barreiras, podem apresentar dificuldades que venham a interferir na igualdade social, o que pode acarretar algum tipo de discriminação (Ministério da Saúde, 2021).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, cerca de 3,8% (7,8 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais de idade possuíam deficiência física nos membros inferiores, índice maior entre mulheres (4,8%) do que nos homens (2,7%), já em 2019, 2,7% (5,5 milhões) das pessoas de 2 anos ou mais de idade apresentaram deficiência física relacionada aos membros superiores (IBGE, 2021).

4.3 Conceito e direitos da pessoa com deficiência

Segundo o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 a deficiência física é uma:

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções.

Contudo, algumas discussões apontaram que a deficiência não pode ser vista como algo exclusivamente biológico ou exclusivamente social. Com base nisso, a OMS define que as deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo passe a ser considerado doente. Portanto, a deficiência não é um atributo da pessoa, mas resulta da interação da pessoa com o ambiente (OMS, 2012).

A deficiência é um tema de direitos humanos e como tal obedece ao princípio de que todo ser humano tem o direito de desfrutar de todas as condições necessárias para o desenvolvimento de seus talentos e aspirações, sem ser submetido a qualquer tipo de discriminação. Os direitos da pessoa com deficiência podem ser acionados tanto com base no direito fundamental do ser humano como com base nas características próprias desse segmento populacional. O paradigma da deficiência, no entanto, reforça a proteção de direitos das pessoas

que já são contempladas e a estende aos grupos ainda não protegidos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, os tratados e convenções específicos e a legislação criada no país para implementar políticas que atendam às exigências de tratados internacionais constituem as fontes das garantias de realização dos direitos humanos a todos os cidadãos (Cartilha Censo, 2012).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada em 2006, é o documento que reconhece o valor de cada indivíduo independente de sua funcionalidade e apresenta linhas de ação que permitam que os países alcancem o objetivo de todas as pessoas atingirem seu potencial. A Constituição Federal Brasileira declara direitos amplamente reconhecidos e estabelece as garantias para a realização plena dos direitos das pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as pessoas sem deficiência. No entanto, elas nem sempre conseguem clamar por seus direitos nas mesmas condições em que o fazem as pessoas sem deficiência, devido a desvantagens impostas pela restrição de funcionalidades e pela sociedade, que lhes impõe barreiras físicas, legais e de atitude (Cartilha Censo, 2012).

No que tange ao acesso à saúde da pessoa com deficiência, a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, assegura a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência; e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, ambas posteriormente regulamentadas pelo Decreto de nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004. A universalidade do acesso, assim como a integralidade da assistência, igualdade da assistência em saúde e preservação da autonomia, também estão previstos como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contidos no Art. nº 198 da Constituição Federal e no Art. nº 7 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Oliveira; Garcia, 2017).

4.4 Aspectos sociais e demográficos da pessoa com deficiência no Brasil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam as piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência. Nos países em desenvolvimento, os estudantes com necessidades especiais raramente dispõem de acesso à educação ou formação profissional de reabilitação, e posteriormente têm menos probabilidade de encontrar trabalho (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano, a maioria das PcDs não estão em condições de utilizar plenamente as suas capacidades. A discriminação laboral é uma prática comum, e o acesso ao mercado de trabalho é ainda mais difícil para as mulheres com deficiência (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

Quando comparado ao sexo, mulheres apresentam maior quantitativo de pessoas com algum tipo deficiência, totalizando 25.800.681, comparado a quantidade de 19.805.367 homens com deficiência. No que refere à faixa etária, as pessoas com alguma deficiência se apresentam com mais frequência na população com idade acima de 45 anos de idade, principalmente na faixa etária de 45 a 59 anos e na faixa etária a partir de 70 anos, sendo essa última a mais prevalente (IBGE, 2010).

Ainda segundo o Censo Demográfico de 2010, a população com alguma deficiência encontra-se mais concentrada na zona urbana (38.473.702 pessoas) do que na zona rural (7.132.347 pessoas). Do total de 42.146.647 pessoas com alguma deficiência, 25.766.944 pessoas não têm instrução ou possuem ensino fundamental incompleto. Do total de 86.353.839 pessoas com atividade laboral, apenas 20.365.963 são pessoas com alguma deficiência. Na maior parte da população estudada que apresenta alguma deficiência, referiu que a sua cor de pele é branca ou parda (IBGE, 2010).

4.5 Rede de cuidados à pessoa com deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (instituída pela Portaria nº 793, de 24/04/12) busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede visa à ampliação do acesso com o acolhimento e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência (seja auditiva, física, intelectual, ostomias e múltiplas deficiências) com foco na organização em rede e na atenção integral à saúde (Oliveira; Garcia, 2017).

A proposta é que os serviços da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência disponham de ambiências confortáveis e acolhedores, utilizando componentes que estimulem as dimensões sensoriais e que favoreçam, a um só tempo, privacidade, interação das pessoas entre si, com os espaços, especialmente com a cor, a luz, as texturas, os sons e os cheiros. Como em todo espaço de qualidade, deverão estar contempladas boas condições de conforto térmico, acústico e luminoso, priorizando a iluminação, ventilação naturais, segurança, estabilidade e sustentabilidade das edificações (Brasil, 2017).

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência faz parte do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, instituído pelo decreto nº 7.612, de novembro de 2011. Este decreto aponta para a articulação de políticas, programas e ações para atendimento das necessidades de saúde da pessoa com deficiência, além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta. Para tanto, é fundamental garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (Oliveira; Garcia, 2017).

De modo geral, a implementação de uma Rede de Atenção à Saúde apresenta desafios que dizem respeito à criação de cultura, de práticas de trabalho em rede; planejamento territorial; financiamento, capacidade gestora insuficiente; pouca intervenção das práticas assistenciais; descumprimento de acordos; contratualização com poucos estabelecimentos das redes, ausência de metas de qualidade e segurança do paciente; educação permanente dos trabalhadores; qualificação do cuidado em todos os níveis; monitoramento e avaliação dos resultados; grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador é responsável pela tomada de decisão (Brasil, 2014).

4.6 Origem do CER, significado e funcionamento

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2012, com o objetivo de melhorar o atendimento à pessoa com deficiência, com o intuito de suprir a necessidade dos usuários e estimular a implantação de Rede de Cuidados à PcD no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir de critérios de equidade e integralidade; buscando a necessidade de assegurar, acompanhar, avaliar a rede de serviços de reabilitação integrada, articulada, efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência e a necessidade de superar barreiras de acesso aos serviços de reabilitação, bem como de outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2012).

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território (Brasil, 2012).

O atendimento no CER é realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, por meio de Projeto Terapêutico Singular e Rede de Cuidados à

Pessoa com Deficiência. O CER contará ainda com: Transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. O transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Os Centros Especializados de Reabilitação terão as seguintes modalidades: CER II- atende pessoas com deficiência em pelo menos duas modalidades de reabilitação; CER- III- atende pessoas com deficiência em pelo menos três modalidades de reabilitação; CER IV- atende pessoas com deficiência nas quatro modalidades de reabilitação (Brasil, 2012).

O atendimento no CER envolverá a equipe, o usuário e sua família. O CER poderá também, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, contribuir com o avanço, a produção de conhecimento, inovação tecnológica em reabilitação e ser polo de qualificação profissional. Deve ainda, estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais garantindo atualização e aprimoramento profissional (Brasil, 2017).

Poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (Brasil, 2017).

A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como serviço de reabilitação física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de tecnologia assistiva. A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (Brasil, 2012).

4.7 Inclusão à pessoa com deficiência

O Estatuto da Pessoa com Deficiência assegura condições de igualdade e direitos, o que favorece a inclusão social à pessoa com deficiência, isso extingue qualquer forma de discriminação ou constrangimento (Brasil, 2015).

A lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, enfatiza o direito de acesso com segurança a diversos espaços públicos ou privados, direito à informação e a comunicação, sem restrição, o que favorece as condições de igualdade, inclusão social e cidadania plena à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2015).

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência Viver sem Limite destaca os direitos das pessoas com deficiência, através de articulações políticas que favoreçam o acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. Ele enfatiza que a inclusão necessita de ações da comunidade para transformar os ambientes, eliminando barreiras arquitetônicas que impeçam a participação social da população (Ministério da Saúde, 2021).

4.8 Acessibilidade física à pessoa com deficiência

A acessibilidade possibilita à pessoa com deficiência condições de alcance para utilização com segurança e autonomia, de espaços e instalações abertos ao público em geral, para que dessa forma, possam exercer suas atividades rotineiras sem exclusão, constrangimento ou qualquer tipo de dificuldade (Brasil, 2015).

Acessibilidade é a forma de garantir as mesmas oportunidades a todas as pessoas, pois a deficiência não está relacionada somente com a limitação, mas com a interação com o ambiente físico, o que é dever dos órgãos públicos adequar suas instalações para a proteção e o direito de ir e vir do cidadão. O direito à acessibilidade configura-se como fundamental para pessoas com deficiência, portanto o estado deve atuar para impedir que terceiros obstruem ou violem esses direitos que são garantidos a todas as pessoas, principalmente aquelas com deficiência física ou algum tipo de limitação (Bueno; Guedes, 2019).

A Política de Acessibilidade e Inclusão na Universidade de São Paulo propõe uma política inclusiva, que preconiza o direito a acessibilidade, inclusão social sem nenhum tipo de discriminação e destaca a importância da autonomia individual, liberdade para fazer suas próprias escolhas com respeito e igualdade de oportunidades (Unifesp, 2018).

4.9 Conceito de necessidades de saúde

O conceito de necessidade, segundo a filósofa Agnes Heller, designa um “sentimento consciente de que falta alguma coisa e, por isso, é também uma motivação na medida em que essa falta estimula a pessoa a preenchê-la ou eliminá-la” (Heller, 1986).

Com a promulgação da Lei nº 141/2012, o debate sobre a delimitação concreta do que vem a ser ‘necessidades’ no setor saúde ganhou novo significado. Contudo, sua precisão conceitual ainda permite diversas interpretações, o que, em tempos de crise financeira, tem sido fácil confundir desejos com necessidades. Neste caminho, ao definir ‘necessidades humanas básicas’ Júnior e Pereira (2013) ajudam a esclarecer que a saúde é pré-condição para a libertação

do ser humano e, neste sentido, o que é necessário para ter saúde pode até não ser consensual, mas certamente é básico ao construto humano.

Por isso, vale a pena tornar mais clara a diferença entre ‘necessidades em saúde’ e ‘necessidades de saúde’. A literatura científica brasileira ainda é imprecisa sobre o assunto (Campos; Bataiero, 2007). Mesmo assim, o mínimo que se pode apontar é que o ‘social’ está oculto no termo. Quando se fala em ‘necessidades em saúde’, refere-se, como descrito por Paim e Filho (1998), ao objeto da ‘nova saúde pública’, grosso modo incorporada no Brasil sob o rótulo de ‘Saúde Coletiva’. Trata-se, portanto, da expressão do ‘social’ na saúde, ou seja, de como as condições políticas, econômicas, ambientais e educacionais, entre tantas outras da organização das sociedades, são responsáveis pela geração de saúde-doença nas populações.

Em contrapartida, em termos de ‘necessidades de saúde’, parece haver um leque mais amplo de significados (Oliveira, 2001). Este termo sugere tratar, portanto, das múltiplas dimensões em que os diversos segmentos sociais e interessados na discussão (usuários, grupos específicos, gestores, pesquisadores, técnicos, profissionais de saúde etc.) compreendem o que é necessário para ter saúde a partir de seus repertórios, isto podendo transitar entre um espectro de possibilidades, que vai desde o ‘acesso aos serviços de saúde’ até o simplesmente ‘ser feliz’ (Carnut; Ferraz, 2021).

4.10 Necessidades de saúde de pessoas com deficiência

Mesmo com a garantia do direito à saúde, conquistado constitucionalmente, as pessoas com deficiência sofrem com a falta de assistência e cuidados à saúde. A análise da assistência à saúde das PcDs aponta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas públicas, privadas e com baixo índice de cobertura da assistência. Essa situação é ratificada pelos dados da OMS, revelando que apenas 2% das pessoas com deficiência teriam acesso à reabilitação e nos países em desenvolvimento, esse número é de 1 a 2 por 10.000 habitantes (Othero; Ayres, 2012).

Decorre daí a importância de se tecer o devido esclarecimento quando se estiver tratando de uma determinada necessidade de saúde, de modo a não omitir a problemática subjacente relativa ao individual e ao coletivo, como seria o caso das necessidades de um segmento social, pessoas com deficiência.

Assim, a identificação das necessidades de saúde configura-se como uma estratégia significativa para o planejamento e intervenção em saúde, levando-se em consideração os anseios individuais e coletivos de uma população (Belmiro, 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa.

O estudo transversal é um estudo epidemiológico no qual o fator e efeito são observados no mesmo momento histórico (Rouquayrol; Filho, 2003). É um dos delineamentos mais empregados na pesquisa epidemiológica (Bastos; Duquia, 2007).

Segundo Pereira (1995), os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva busca por meio de questionários ou entrevista, detalhar particularidades de determinada população.

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD) em João Pessoa- PB, no período de julho a dezembro de 2023. A capital João Pessoa está localizada na Paraíba com uma população que corresponde a 889.618 de acordo com pesquisa prévia do censo 2022, densidade demográfica corresponde a 3.421,28 hab/km² e área territorial 210,044 km² (IBGE, 2021).

O local da pesquisa foi escolhido por ser uma instituição de referência no apoio e reabilitação à pessoa com deficiência física, no estado da Paraíba, em João Pessoa, Brasil.

A FUNAD é um Órgão do Governo do Estado da Paraíba, vinculada à Secretaria de Estado da Educação, referência no Serviço de Habilitação e Reabilitação nas quatro áreas da deficiência – CER IV (física, intelectual, visual e auditiva), em todo o estado da Paraíba, onde as pessoas com deficiência são atendidas por equipes multidisciplinares (Funad, 2023).

A Instituição vem implementando políticas, programas e serviços nas áreas de saúde, inclusão social e educação, voltados para as pessoas com deficiência, promovendo uma melhor qualidade de vida, bem-estar social e cidadania (Funad, 2023).

As entrevistas foram realizadas nos seguintes setores da FUNAD: CODAFI- Coordenação de atendimento à pessoa com deficiência física; NVA- Núcleo de vivência e arte; NED- Núcleo de educação física e desportos e Oficina Ortopédica- responsável por fisioterapia de reabilitação, confecção de órteses e próteses para mobilidade e funcionalidade nas tarefas cotidianas. A Oficina Ortopédica é composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais,

técnicos ortesistas e protesistas, entre outros profissionais, para realizar a dispensação, a confecção, a adaptação e a manutenção das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs) (Funad, 2023).

5.3 População e amostra

Em atendimento sistemático na instituição, no período de julho de 2023, eram 3.783 usuários com variados tipos de deficiência.

A população desta pesquisa compreendeu 674 pessoas com deficiência física, que estavam cadastradas e faziam acompanhamento na instituição. Dos 674 usuários, apenas 293 se enquadraram nos critérios de inclusão para realização do cálculo amostral, então após o cálculo a amostra foi composta por 166 pessoas com deficiência física, que utilizavam os diversos serviços oferecidos na instituição. Foi um estudo de amostragem probabilística e a amostra foi definida a partir do cálculo (Bussab *et al*, 2017):

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

em que, o n corresponde ao valor amostral, N o tamanho da população que será investigada, $Z_{\alpha/2}$ o grau de confiança, p a proporção populacional de indivíduos desta categoria, q a proporção populacional de indivíduos que não pertenciam à categoria estudada, e o valor do erro amostral, considerando o erro amostral de 5% e o nível de confiança de 95%, obteve-se um valor amostral total de 166 indivíduos.

Para seleção dos indivíduos foi aplicado uma amostragem aleatória simples por meio de um sorteio, onde cada pessoa teria a mesma probabilidade de ser selecionada para representar a amostra. A amostra final foi composta por 130 usuários. Houve 36 perdas decorrentes de ausências dos usuários, problemas de saúde e dificuldades com transportes para deslocamento à instituição.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa as pessoas com deficiência física, em acompanhamento na instituição, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos os usuários que procuravam a instituição apenas para renovação de laudo médico, e os que não apresentavam condições cognitivas para responder o questionário.

5.5 Procedimento para coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados pela primeira autora do estudo e mediante aplicação de questionário às pessoas com deficiência física, realizada no ambiente da instituição, em local reservado, de acordo com a disponibilidade dos participantes, de modo que não interferissem em suas atividades ou da instituição.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento “Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual.” O instrumento foi adaptado para o estudo, com 23 questões objetivas acerca das necessidades de saúde distribuídas em quatro domínios. Domínio 1- Necessidade de garantias de acesso a todas as tecnologias que melhoram e prolonguem a vida. Domínio 2 - Necessidade de ter vínculo com equipe profissional ou equipe de saúde. Domínio 3 - Necessidade de respostas às más condições de vida. Domínio 4 - Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (Belmiro et al, 2018). As opções de respostas foram “sim, não e não precisa”.

Os dados sociodemográficos com 12 questões foram adaptados de acordo com o formulário da Pró- Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal da Bahia (Proae, 2020).

Os dados eram coletados uma vez por semana das 08:00 às 16:00, em dias aleatórios, toda semana e o sorteio era realizado pela pesquisadora através de lista com agendamento prévio da instituição, repassada pelas coordenações de setores, onde continha nome, idade, dias e horários dos usuários para atendimento de reabilitação, arte ou esporte.

O participante sorteado possuía a opção de escolha em participar ou não da pesquisa, após o estudo ser completamente explicado. Os indivíduos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.6 Processamento e análise dos dados

Foi utilizada a estatística descritiva e analítica. Os dados foram digitados em planilha no Excel, para análise e organização dos dados da pesquisa foi utilizada a estatística descritiva

com apresentação de frequências simples, absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e posterior organização dos resultados em tabelas.

Para análise estatística dos dados foi utilizado o software *R*, ademais, para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo foram utilizados o teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher nos casos em que as frequências esperadas foram menores que 5 (Siegel, 2006), considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Na pesquisa foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis 18 e 29 das necessidades de saúde, por apresentarem uma maior coerência e significância na pesquisa.

5.7 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 CONEP/CNS/MS, que respeita as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012). A coleta dos dados foi realizada após informações sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, CAEE: 70871723.4.0000.5187 sob o Parecer 6.180.515. Foi garantido aos participantes da pesquisa sigilo, privacidade nas informações e o direito a desistência, em qualquer momento, sem nenhum tipo de ônus.

Todas as pesquisas que envolvem seres humanos possuem riscos, seja com exposição de fotos, perda de confidencialidade, possibilidade de constrangimento, timidez ou cansaço dos participantes ao responderem as perguntas. Como medidas de redução dos riscos, temos: limitação do acesso aos dados somente para a equipe de pesquisa ou o pesquisador responsável, evitar a identificação dos entrevistados codificando os registros dos dados para não expor a identidade de nenhum participante da pesquisa.

O entrevistado poderia se recusar a não contribuir com a pesquisa e para minimizar os riscos foi ofertado um local discreto para a entrevista, com o intuito de respeitar a privacidade das respostas e o constrangimento na exposição das informações do participante.

6 RESULTADOS

Esta seção está apresentada conforme determina as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/UEPB, por meio de um artigo científico original, o qual foi submetido a avaliação de periódico qualificado, com impacto acadêmico e científico na área de Enfermagem.

O artigo está intitulado: “Avaliação das necessidades de saúde das pessoas com deficiência física em uma instituição de referência em reabilitação.” Verifica-se as dificuldades apresentadas pelas pessoas com deficiência respondendo aos objetivos desta dissertação.

6.1 Artigo

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO

Resumo

Objetivo: avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física acompanhadas por uma instituição de referência em reabilitação. **Método:** estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa realizado com 130 pessoas com deficiência física em uma instituição de reabilitação. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2023, por meio da aplicação de dois questionários. Para análise estatística dos dados foi usado o software *R*. **Resultados:** Frequência do sexo masculino 52,3%. Cerca de 76,9% receberam atendimento de profissionais de saúde, porém 26,9% tiveram acesso a atividades e materiais educativos sobre saúde. A comunicação com os profissionais de saúde foi de 82,3%, e 85,4% afirmaram que os profissionais são capacitados e sensibilizados para atender suas necessidades. Quanto ao acesso a transportes para os serviços de saúde 57,7% enfrentaram dificuldades. **Conclusão:** As pessoas com deficiência física apresentam necessidades de acesso aos transportes públicos, dificuldades de deslocamento para as instituições de saúde, necessidade de educação em saúde e atividades educativas para contribuir na orientação e autocuidado, acesso a transportes adaptados que os possibilitem direito de igualdade em condições com as demais pessoas. As necessidades de

saúde das pessoas com deficiência física devem ser avaliadas como etapa essencial para assegurar a igualdade de acesso e excelência nos cuidados de saúde para essa população.

Palavras-chave: Reabilitação; Pessoas com Deficiência; Assistência integral à Saúde; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Equidade; Acessibilidade.

Introdução

É considerada pessoa com deficiência (PcD) a que tem impedimento a longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com alguma barreira, pode interromper sua participação efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. ⁽¹⁾ Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que haja um bilhão de pessoas com deficiência, constituindo 15% da população mundial. ⁽²⁾

No Brasil, aproximadamente 23,9% da população total vive com algum tipo de incapacidade ou deficiência, o que equivale a uma média de 45,6 milhões de pessoas.

A região Nordeste do país é onde se concentra o maior número de indivíduos afetados por deficiências ⁽³⁾.

Os indivíduos com deficiência física podem apresentar inúmeras necessidades de saúde, as quais podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo o tipo de deficiência, a faixa etária do paciente, o contexto em que vivem e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde apropriados. Ademais, é importante destacar que essas necessidades podem evoluir ao longo do tempo, demandando avaliações periódicas para garantir que os cuidados médicos sejam ajustados conforme necessário ⁽⁴⁾.

Segundo a filósofa Agnes Heller, o conceito de necessidade designa um sentimento consciente de que falta algo, e por isso, é também uma motivação na medida em que essa falta estimula a pessoa a preenchê-la ou eliminá-la. ⁽⁵⁾

A análise das exigências de saúde das pessoas com limitação física em uma organização especializada constitui uma etapa essencial para garantir a esses indivíduos cuidados apropriados e uma assistência de qualidade. Esse processo engloba a identificação das necessidades de saúde tanto individuais quanto coletivas, e a determinação dos recursos essenciais para supri-las ⁽⁶⁾.

No ambiente institucional, para a avaliação das necessidades de saúde do usuário com deficiência física é necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de saúde, tais como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos. Essa equipe colabora conjuntamente para examinar as exigências de saúde do

indivíduo, elaborar um plano de cuidados personalizado e acompanhar sua evolução ao longo do tempo ⁽⁴⁾.

As deficiências podem ser de diversas naturezas, incluindo deficiências físicas, cognitivas, intelectuais, auditivas e visuais. Elas podem ser congênitas, traumáticas, acidentais, adquiridas ao longo da vida devido a doenças crônicas. É importante ressaltar que as pessoas com deficiência física enfrentam uma série de desafios diários em suas vidas, incluindo acessibilidade física, discriminação e ausência de oportunidades na educação, emprego e participação na comunidade ⁽²⁾.

Compreende-se que a deficiência é uma ideia em constante transformação, que emerge da interação entre indivíduos com deficiência e os obstáculos que os limitam de participar de maneira completa e efetiva na sociedade. Neste contexto, resalta-se a relevância do acesso a ambientes físicos, sociais, econômicos e culturais, bem como à saúde, educação, informação e comunicação. Estes são instrumentos fundamentais que podem permitir que as pessoas com deficiência desfrutem plenamente de todos os direitos humanos e liberdades essenciais, possibilitando equidade na sociedade. ⁽²⁾.

Entretanto, apesar da grande representatividade desses indivíduos na população brasileira, ainda são muitas as barreiras existentes para o fortalecimento de sua participação como cidadãos. As dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações, que impedem o exercício mais básico dos direitos de qualquer cidadão, de se deslocar livremente. Alguns exemplos podem ser citados, como: falta de rampas e de corrimãos, degraus altos, pisos e portas inadequadas, entre outros ⁽⁷⁾.

É essencial que as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida possam dispor de assistência de saúde periodicamente. A restrição de mobilidade e acessibilidade aos serviços pode dificultar significativamente sua capacidade de levar uma vida plena e autônoma, colocando-as em uma situação de desvantagem e prejuízos na reabilitação. Quando o ambiente físico, social e cultural não é adaptado para atender às necessidades específicas dessas pessoas, elas enfrentam barreiras significativas para participar plenamente da sociedade. Isso pode incluir dificuldades de locomoção em espaços públicos, acesso limitado a serviços essenciais, como: saúde, educação, emprego e assistência de saúde ⁽⁸⁾.

O objetivo do estudo foi avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física acompanhadas por uma instituição de referência em reabilitação. Diante desse contexto é importante buscar estratégias para garantir equidade no atendimento e proporcionar aos usuários inclusão nos serviços de saúde.

Metodologia

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa.

Local e período em que ocorreu a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a dezembro de 2023, em uma instituição de referência no apoio e reabilitação à pessoa com deficiência física, no estado da Paraíba, Brasil.

População e amostragem

Em atendimento sistemático na instituição, no período de julho de 2023, eram 3.783 usuários com variados tipos de deficiência.

A população desta pesquisa compreendeu 674 pessoas com deficiência física, que estavam cadastradas e faziam acompanhamento na instituição. Dos 674 usuários, apenas 293 se enquadraram nos critérios de inclusão para realização do cálculo amostral, então após o cálculo a amostra foi composta por 166 pessoas com deficiência física, que utilizavam os diversos serviços oferecidos na instituição. Foi um estudo de amostragem probabilística e a amostra foi definida a partir do cálculo ⁽⁹⁾:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

em que, o n corresponde ao valor amostral, N o tamanho da população que será investigada, $Z_{\alpha/2}^2$ o grau de confiança, p a proporção populacional de indivíduos desta categoria, q a proporção populacional de indivíduos que não pertenciam à categoria estudada, e o valor do erro amostral, considerando o erro amostral de 5% e o nível de confiança de 95%, obteve-se um valor amostral total de 166 indivíduos.

Para seleção dos indivíduos foi aplicado uma amostragem aleatória simples por meio de um sorteio, onde cada pessoa teve a mesma probabilidade de ser selecionada para representar a amostra. Foram coletados dados de 130 usuários. Houve 36 perdas decorrentes

de ausências dos usuários, problemas de saúde e dificuldades com transportes para deslocamento a instituição.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa as pessoas com deficiência física, em acompanhamento na instituição, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Foram excluídos os usuários que procuravam a instituição apenas para renovação de laudo médico, e os que não apresentavam condições cognitivas para responder o questionário.

Procedimento de coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados pela primeira autora do estudo e mediante aplicação de formulário as pessoas com deficiência física, realizada no ambiente da instituição, em local reservado, de acordo com a disponibilidade dos participantes, de modo que não interferissem em suas atividades ou da instituição.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do instrumento “Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual.” O instrumento foi adaptado para o estudo, com 23 questões objetivas acerca das necessidades de saúde distribuídas em quatro domínios. Domínio 1- Necessidade de garantias de acesso a todas as tecnologias que melhoram e prolongam a vida. Domínio 2 - Necessidade de ter vínculo com equipe profissional ou equipe de saúde. Domínio 3 - Necessidade de respostas às más condições de vida. Domínio 4 - Necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”⁽¹⁰⁾. As opções de respostas foram “sim, não e não precisa”.

Os dados sociodemográficos com 12 questões foram adaptados de acordo com o formulário da Pró- Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal da Bahia⁽¹¹⁾.

Os dados eram coletados uma vez por semana das 08:00 às 16:00, em dias aleatórios, toda semana e o sorteio era realizado pela pesquisadora através de lista com agendamento prévio da instituição, repassada pelas coordenações de setores, onde continha nome, idade, dias e horários dos usuários para atendimento de reabilitação, arte ou esporte.

O participante sorteado possuía a opção de escolha em participar ou não da pesquisa, após o estudo ser completamente explicado. Os indivíduos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Análise dos dados

Foi utilizada a estatística descritiva e analítica. Os dados foram digitados em planilha no Excel, para análise e organização dos dados da pesquisa foi utilizada a estatística descritiva com apresentação de frequências simples, absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e posterior organização dos resultados em tabelas. Para análise estatística dos dados foi utilizado o software *R*, ademais, para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo foram utilizados o teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher nos casos em que as frequências esperadas foram menores que 5 (Siegel, 2006), considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) ⁽¹²⁾. Na pesquisa foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis 18 e 29 das necessidades de saúde, por apresentarem uma maior coerência e significância na pesquisa.

Aspectos éticos

Os objetivos da pesquisa foram explicados e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor. A pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução nº 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. ⁽¹³⁾

Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE: 70871723.4.0000.5187 sob o Parecer 6.180.515.

Resultados

Participaram do estudo 130 PcD. Houve 36 perdas decorrentes de ausências dos usuários, problemas de saúde e dificuldades com transportes para deslocamento à instituição.

Acerca das informações sociodemográficas (Tabela 1) a maioria dos usuários não possui acesso a medicamentos gratuitos 76,2%. Em relação a forma de locomoção para a instituição, o meio mais utilizado é o carro cedido pela prefeitura 35,4%, seguido por ônibus 20,8% e carro próprio 15,4%.

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos usuários com deficiência física.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
18 a 29	41	41%
30 a 60	68	68%
Acima de 60	21	21%
Sexo		
Masculino	68	52,3
Feminino	62	47,7
Raça		
Branca	37	28,5
Preta	16	12,3
Parda	72	55,4
Amarela	3	2,3
Indígena	2	1,5
Área		
Urbana	115	88,5
Rural	15	11,5
Estado Civil		
Solteiro	77	59,2
Casado	33	25,4
Separado/divorciado	8	6,2
Viúvo(a)	7	5,4
União estável	5	3,8
Escolaridade		
Sem escolaridade	5	3,8
Fundamental incompleto	55	42,3
Fundamental completo	9	6,9
Médio incompleto	20	15,4
Médio completo	21	16,2
Técnico	12	9,2
Superior completo	7	5,4
Superior incompleto	1	0,8
Atividade		
Trabalho Fixo	7	5,4
Desempregado	19	14,6
Aposentado	74	56,9
Pensionista	16	12,3
Estudante	11	8,5
Dona de Casa	3	2,3
Residência		

Própria	86	66,2
Alugada	27	20,8
Cedida ou emprestada	14	10,8
Outros	3	2,3
Renda		
Um salário	85	65,4
Dois	5	3,8
Três	5	3,8
Mais de quatro	3	2,3
Nenhuma	32	24,6
Auxílio Brasil		
Sim	4	3,1
Não	126	96,9
Auxílio-Doença		
Sim	11	8,5
Não	119	91,5
Medicação Gratuita		
Sim	31	23,8
Não	99	76,2
Locomoção		
Carro próprio	20	15,4
Carro da prefeitura	46	35,4
Ônibus	27	20,8
Carona	6	4,6
Ônibus instituição	1	0,8
Outros	30	23,1

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

De acordo com a pesquisa, 40% dos entrevistados têm dificuldade de se locomover em hospitais, clínicas e postos de saúde, confirmando as dificuldades de acessibilidade. Dos usuários 26,9% teve acesso a atividades e materiais educativos sobre saúde. Dos usuários entrevistados, 57,7% possuem dificuldades de transporte para chegar aos serviços de saúde, 56,2% relataram que as políticas públicas atendem às suas necessidades de saúde, e 52,3% afirmaram ter prioridade no atendimento quando vão a instituições de saúde. As necessidades de saúde podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados referentes às necessidades de saúde dos usuários com deficiência física.

VARIÁVEIS	N	%
DOMÍNIO 1		
Recebe atendimento de profissionais de saúde?		
Sim	100	76,9

Não	30	23,1
Tem necessidade de conseguir órteses e próteses?		
Sim	58	44,6
Não	72	55,4
Realiza exames necessários?		
Sim	112	86,2
Não	18	13,8
Recebe assistência de profissionais para atender as suas necessidades de saúde?		
Sim	92	70,8
Não	38	29,2
Tem facilidade de entrar e se locomover em hospitais, postos de saúde e clínicas?		
Sim	78	60
Não	52	40
Tem acesso a atividades e materiais educativos?		
Sim	35	26,9
Não	95	73,1
DOMÍNIO 2		
Consegue se comunicar com os profissionais de saúde?		
Sim	107	82,3
Não	23	17,7
Os profissionais que realizam seu atendimento são capacitados e sensibilizados para atender suas necessidades?		
Sim	111	85,4
Não	19	14,6
Os profissionais que realizam seu atendimento conhecem todas as suas necessidades de cuidados?		
Sim	110	84,6
Não	20	15,4
Recebe acompanhamento por profissionais que já conhecem suas necessidades e sua história de vida?		
Sim	87	66,9
Não	43	33,1
Os profissionais que realizam seu atendimento respeitam sua privacidade, crenças, cultura, religiosidade, sexualidade?		
Sim	127	97,7
Não	3	2,3
DOMÍNIO 3		
Tem suporte adequado para realizar seus cuidados diários?		
Sim	80	61,5
Não	7	5,4
Não precisa	43	33,1

Tem suporte adequado para mover-se em casa, na rua ou no trabalho?		
Sim	80	61,5
Não	8	6,2
Não precisa	42	32,3
Tem suporte adequado para desempenhar atividades na sua casa?		
Sim	80	61,5
Não	9	6,9
Não precisa	41	31,6
Tem suporte adequado para lembrar tarefas ou compromissos?		
Sim	49	37,7
Não	6	4,6
Não precisa	75	57,7
Possui adaptações na sua casa que facilitem sua vida?		
Sim	43	33,1
Não	73	56,2
Não precisa	14	10,7
Tem dificuldades para conseguir ter acesso a transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança, lazer?		
Sim	75	57,7
Não	55	42,3
É tratado(a) com respeito quando necessita de ajuda?		
Sim	113	86,9
Não	17	13,1
DOMÍNIO 4		
Tem acesso a informações suficientes, claras e fáceis de encontrar?		
Sim	73	56,2
Não	57	43,8
Consegue ter acesso aos direitos e benefícios sociais garantidos por lei?		
Sim	63	48,5
Não	67	51,5
As políticas públicas assistenciais atendem as suas necessidades individuais?		
Sim	73	56,2
Não	57	43,8
Tem prioridade no atendimento quando vai a hospitais, clínicas, postos de saúde e serviços de reabilitação?		
Sim	68	52,3
Não	62	47,7
Necessita de ajuda para acessar espaços de lazer e		

convivência com outras pessoas?			
Sim		104	80
Não		5	3,8
Não precisa		21	16,2

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Na pesquisa foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis 18 (Tem acesso a atividades e materiais educativos sobre saúde, doenças e qualidade de vida?) e 29 (Tem dificuldades para conseguir ter acesso a transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança, lazer?) das necessidades de saúde observadas na Tabelas 3 e 4.

Essas variáveis foram escolhidas por apresentarem uma maior coerência e significância na pesquisa.

Tabela 3- Associações entre os dados sociodemográficos dos usuários com deficiência física e a variável 18.

Variáveis		Sim	Não	Total	Valor p
Faixa etária					0,3299
18 a 29	n	13	28	41	
	%	31,7	68,3	31,5	
30 a 60	n	19	49	68	
	%	27,9	72,1	52,3	
acima 60	n	3	18	21	
	%	14,3	85,7	16,2	
Sexo					0,2864
Mas.	n	21	47	68	
	%	30,9	69,1	52,3	
Fem.	n	14	48	62	
	%	22,6	77,4	47,7	
Raça					0,4203
Branca	n	14	23	37	
	%	37,8	62,2	28,5	
Preta	n	4	12	16	
	%	25	75	12,3	
Parda	n	17	55	72	
	%	23,6	76,4	55,4	
Amarela	n	0	3	3	
	%	0	1	2,3	
Indígena	n	0	2	2	
	%	0	100	1,5	
Área					0,7581
Urbana	n	32	83	115	
	%	27,8	72,2	88,5	
Rural	n	3	12	15	
	%	20	80	11,5	
Escolaridade					0,4784

Sem esc.	n	1	4	5	
	%	20	80	38	
Fun. Inc.	n	15	40	55	
	%	27,3	72,7	42,3	
Fund. C	n	1	8	9	
	%	11,1	88,9	6,9	
Méd. Inc.	n	5	15	20	
	%	25	75	15,4	
Méd. C.	n	4	17	21	
	%	19	81	16,2	
Técnico	n	5	7	12	
	%	41,7	58,3	9,2	
Sup. C	n	3	4	7	
	%	42,9	57,1	5,4	
Sup. Inc.	n	1	0	1	
	%	100	0	0,8	
Atividade					0,2571
Trab. fixo	n	2	5	7	
	%	28,6	71,4	5,4	
Desemp.	n	5	14	19	
	%	26,3	73,7	14,6	
Aposen.	n	20	54	74	
	%	27	73	56,9	
Pension.	n	2	14	16	
	%	12,5	87,5	12,3	
Estud.	n	6	5	11	
	%	54,5	45,5	8,5	
Dona Casa	n	0	3	3	
	%	0	100	2,3	
Residência					0,072
Própria	n	27	59	86	
	%	31,4	68,6	66,2	
Alugada	n	5	22	27	
	%	18,5	81,5	20,8	
Cedida	n	1	13	14	
	%	7,1	92,9	10,8	
Outros	n	2	1	3	
	%	66,7	33,3	2,3	
Renda					0,1476
Um	n	20	65	85	
	%	23,5	76,5	65,4	
Dois	n	1	4	5	
	%	20	80	3,8	
Três	n	0	5	5	
	%	0	100	3,8	
Mais quat.	n	2	1	3	
	%	66,7	33,3	2,3	
Nenhuma	n	12	20	32	

	%	37,5	62,5	24,6	
Aux.Br.					0,7067
Sim	n	1	3	4	
	%	25	75	3,1	
Não	n	34	92	126	
	%	27	73	96,9	
Aux. Doen.					0,7262
Sim	n	2	9	11	
	%	18,2	81,8	8,5	
Não	n	33	86	119	
	%	27,7	72,3	91,5	
Medic.					0,2181
Sim	n	11	20	31	
	%	35,5	64,5	23,8	
Não	n	24	75	99	
	%	24,2	75,8	76,2	
Locom.					0,8223
Próprio	n	7	13	20	
	%	35	65	15,4	
Pref.	n	11	35	46	
	%	23,9	76,1	35,4	
Ônibus	n	6	21	27	
	%	22,2	77,8	20,8	
Carona	n	1	5	6	
	%	16,7	83,3	4,6	
Ôn. Inst.	n	0	1	1	
	%	0	100	0,8	
Outros	n	10	20	30	
	%	33,3	66,7	23,1	

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Tabela 4- Associações entre os dados sociodemográficos dos usuários com deficiência física e a variável 29.

Variáveis		Sim	Não	Total	Valor p
Faixa etária					0,1238
18 a 29	n	29	12	41	
	%	70,7	29,3	31,5	
30 a 60	n	35	33	68	
	%	51,5	48,5	52,3	
acima 60	n	11	10	21	
	%	52,4	47,6	16,2	
Sexo					0,6617
Mas.	n	38	30	68	
	%	55,9	44,1	52,3	
Fem.	n	37	25	62	
	%	59,7	40,3	47,7	
Raça					0,7214
Branca	n	20	17	37	

	%	54,1	45,9	28,5	
Preta	n	11	5	16	
	%	68,8	31,2	12,3	
Parda	n	40	32	72	
	%	55,6	44,4	55,4	
Amarela	n	2	1	3	
	%	66,7	33,3	2,3	
Indígena	n	2	0	2	
	%	100	0	1,5	
Área					0,8474
Urbana	n	66	49	115	
	%	57,4	42,6	88,5	
Rural	n	9	6	15	
	%	60	40	11,5	
Escolaridade					0,0026
Sem esc.	n	0	5	5	
	%	0	100	3,8	
Fun. Inc.	n	35	20	55	
	%	63,6	36,4	42,3	
Fund. C	n	5	4	9	
	%	55,6	44,4	6,9	
Méd. Inc.	n	15	5	20	
	%	75	25	15,4	
Méd. C.	n	14	7	21	
	%	66,7	33,3	16,2	
Técnico	n	2	10	12	
	%	16,7	83,3	9,2	
Sup. C	n	3	4	7	
	%	42,9	57,1	5,4	
Sup. Inc.	n	1	0	1	
	%	100	0	0,8	
Atividade					0,4329
Trab. fixo	n	4	3	7	
	%	57,1	42,9	5,4	
Desemp.	n	10	9	19	
	%	52,6	47,4	14,6	
Aposen.	n	41	33	74	
	%	55,4	44,6	56,9	
Pension.	n	12	4	16	
	%	75	25	12,3	
Estud.	n	5	6	11	
	%	45,5	54,5	8,5	
Dona Casa	n	3	0	3	
	%	100	0	2,3	
Residência					0,6314
Própria	n	46	40	86	
	%	53,5	46,5	66,2	
Alugada	n	18	9	27	

	%	66,7	33,3	20,8	
Cedida	n	9	5	14	
	%	64,3	35,7	10,8	
Outros	n	2	1	3	
	%	66,7	33,3	2,3	
Renda					0,8773
Um	n	51	34	85	
	%	60	40	65,4	
Dois	n	3	2	5	
	%	60	40	3,8	
Três	n	3	2	5	
	%	60	40	3,8	
Mais quat.	n	1	2	3	
	%	33,3	66,7	2,3	
Nenhuma	n	17	15	32	
	%	53,1	46,9	24,6	
Aux.Br.					0,6372
Sim	n	3	1	4	
	%	75	25	3,1	
Não	n	72	54	126	
	%	57,1	42,9	96,9	
Aux. Doen.					0,3538
Sim	n	8	3	11	
	%	72,7	27,3	8,5	
Não	n	67	52	119	
	%	56,3	43,7	91,5	
Medic.					0,6421
Sim	n	19	12	31	
	%	61,3	38,7	23,8	
Não	n	56	43	99	
	%	56,6	43,4	76,2	
Locom.					0,0017
Próprio	n	4	16	20	
	%	20	80	15,4	
Pref.	n	27	19	46	
	%	58,7	41,3	35,4	
Ônibus	n	20	7	27	
	%	74,1	25,9	20,8	
Carona	n	5	1	6	
	%	83,3	16,7	4,6	
Ôn. Inst.	n	0	1	1	
	%	0	100	0,8	
Outros	n	19	11	30	
	%	63,3	36,7	23,1	

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Das análises de associação realizadas no estudo foram consideradas relações de significância as variáveis (escolaridade) e (dificuldades para conseguir acesso a transportes para

chegar aos serviços de saúde, segurança e lazer) que gerou um p-valor = 0,002, após aplicação do teste Exato de Fisher conforme a tabela 5.

Tabela 5 - Associações entre a Escolaridade e as dificuldades de acesso aos transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança e lazer com o resultado de p valor=0,002.

Variáveis	Sim		Não		Total	
	N	%	n	%	n	%
Sem escolaridade	0	0	5	100	5	3,8
Fundamental incompleto	35	63,6	20	36,4	55	42,3
Fundamental completo	5	55,6	4	44,4	9	6,9
Médio incompleto	15	75	5	25	20	15,4
Médio completo	14	66,7	7	33,3	21	16,2
Técnico	2	16,7	10	83,3	12	9,2
Superior completo	3	42,9	4	57,1	7	5,4
Superior incompleto	1	100	0	0	1	0,8

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Houve associação significativa entre as variáveis: forma de locomoção para a instituição e dificuldades de acesso aos transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança e lazer com p-valor =0,001, após ter sido aplicado o teste de associação Exato de Fisher em detrimento ao teste Qui- quadrado conforme tabela 6.

Tabela 6 - Associações entre a forma de locomoção e as dificuldades de acesso aos transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança e lazer com o resultado de p valor= 0,001.

Variáveis	Sim		Não		Total	
	N	%	n	%	n	%
Carro próprio	4	20	16	80	20	15,4
Carro da prefeitura	27	58,7	19	41,3	46	35,4
Ônibus	20	74,1	7	25,9	27	20,8
Carona	5	83,3	1	16,7	6	4,6
Ônibus instituição	0	0	1	100	1	0,8
Outros	19	63,3	11	36,7	30	23,1

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Discussão

Os resultados deste estudo indicam uma distribuição com maior frequência para usuários do sexo masculino um fato que difere da pesquisa de Travassos et al, que apresenta uma predominância do sexo feminino, pois as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Um fato que está interligado a questão reprodutiva. Entretanto, as diferenças

de gênero não se resumem apenas a essa questão, porque as mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais cuidadosa ⁽¹⁴⁾.

Entre os usuários os desafios e necessidades são semelhantes independentemente do sexo. ⁽¹⁴⁾ São fatores que estão atrelados ao meio físico, estrutural e atitudinal que limita a PCD a exercer suas atividades diárias ⁽¹⁵⁾. Por outro lado, os dados encontrados em relação ao sexo não corroboram com a publicação do relatório do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, porque o censo descreveu uma prevalência de deficiência física mais prevalente em mulheres. A razão de sexo é definida pela razão entre o número de homens e o número de mulheres em uma população. Os indicadores da pesquisa do IBGE refletem o conhecido fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre com frequência mais elevada no segmento das pessoas com deficiência ⁽³⁾.

Observa-se na pesquisa uma predominância de usuários com faixa etária de 30 a 60 anos, o que corrobora com um outro estudo que apresenta as faixas etárias com maior representatividade aos indivíduos acima dos 45 anos ⁽¹⁵⁾.

Os participantes do estudo apresentaram características sociodemográficas que retratam a realidade brasileira para as PcDs, como, por exemplo, média de idade acima de 30 anos, baixo nível de escolaridade e renda ⁽²⁹⁾.

Na pesquisa os usuários residentes na área urbana são maioria, evidenciando as dificuldades existentes de pessoas com deficiência em se locomover da área rural para a cidade, por questão de acessibilidade e carência de transportes. A dependência de transporte público adaptado enfatiza a importância da acessibilidade para mobilidade e inclusão social ⁽¹⁴⁾.

Os índices de instrução, aposentadoria e renda apresentados na pesquisa destacam desafios socioeconômicos, ressaltando a importância de políticas inclusivas. A falta de acesso a benefícios e serviços de saúde destaca a necessidade de políticas equitativas. ⁽¹⁴⁾

No âmbito dos atributos sociais, foi evidenciado baixo nível escolar na população estudada. Além, de outras barreiras sociais, esta condição também pode dificultar o acesso aos serviços de saúde, aumentar as necessidades de saúde e as informações quanto aos cuidados de saúde ⁽¹⁶⁾.

A baixa escolaridade pode resultar em um conhecimento deficitário sobre a importância da promoção à saúde e da prevenção de agravos. Esta situação influencia nas ações que dizem respeito ao autocuidado, tornando-se um determinante do processo de adoecimento. A educação é um dos fatores-chave para a inclusão, não apenas das pessoas que possuem alguma deficiência, mas da população em geral. ⁽¹⁶⁾

A parte essencial da análise das necessidades de saúde das pessoas com deficiência física é assegurar a equidade na prestação de serviços de saúde, além disso, a predominância de usuários pardos no estudo destaca a interseccionalidade das desigualdades de saúde. Fatores como raça, classe e gênero se sobrepõem e influenciam o acesso aos cuidados de saúde. Uma abordagem interseccional reconhece a complexidade das experiências de saúde das pessoas, exigindo que políticas e práticas de saúde considerem essas interações ⁽¹⁴⁾.

A predominância de usuários em áreas urbanas, juntamente com uma proporção significativa em áreas rurais, destaca a importância de políticas que garantam o acesso equitativo aos serviços de saúde em todas as regiões. Em áreas rurais e remotas, onde os serviços de saúde podem ser escassos, é essencial implementar estratégias para superar as barreiras geográficas e garantir que todos tenham acesso aos cuidados de saúde necessários. Isso pode incluir o desenvolvimento de serviços de saúde móveis, telessaúde e programas de transporte para facilitar o acesso aos centros de saúde ⁽¹⁷⁾.

Além disso, o alto percentual de usuários com renda de até um salário-mínimo destaca os desafios econômicos significativos enfrentados por muitas pessoas com deficiência física ao acessar os cuidados de saúde. Barreiras financeiras, como custos com transporte, medicamentos e consultas médicas, podem impedir o acesso regular aos serviços de saúde. Para abordar essa questão, é fundamental implementar políticas que garantam o acesso universal aos serviços de saúde, independentemente da capacidade de pagamento, por meio de sistemas de saúde financiados pelo governo ou programas de assistência específicos para pessoas com deficiência ⁽¹⁷⁾.

Nos estabelecimentos de saúde e em suas residências é essencial a acessibilidade para garantir que todas as pessoas com deficiência possam acessar os serviços de saúde de forma digna, independente e ter condições também de segurança na sua própria residência. Isso pode incluir a instalação de rampas de acesso, corredores amplos, banheiros adaptados e sinalização acessível, de acordo com as diretrizes da Norma Brasileira (NBR 9050/2020), portanto garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis é fundamental para atender às diversas necessidades da população com deficiência física. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

A alta demanda por órteses ou próteses entre os usuários destaca uma necessidade crítica e não atendida na prestação de serviços de saúde para essa população. As Órteses e próteses desempenham um papel essencial na promoção da mobilidade, independência e qualidade de vida das pessoas com deficiência física. No entanto, as barreiras de acesso a esses dispositivos podem resultar em limitações significativas no funcionamento diário e na participação social.

Para abordar essa questão, é fundamental garantir o acesso equitativo a tecnologias assistivas por meio de políticas de saúde inclusivas e programas de apoio financeiro ⁽¹⁴⁾.

A pesquisa apresentou um quantitativo elevado de usuários que não possuem acesso à medicação gratuita. Esse fato contribui para uma lacuna na prestação dos serviços de saúde ofertados às pessoas com deficiência física. Os medicamentos são fundamentais para o tratamento de condições de saúde crônicas, gerenciamento da dor e prevenção de complicações. ⁽²⁰⁾

A falta de acesso a medicamentos pode resultar em agravamento das condições de saúde e regressão na reabilitação das pessoas com deficiência física. Portanto, é indispensável implementar políticas que garantam o acesso aos medicamentos, especialmente para populações vulneráveis, como pessoas com deficiência ⁽¹⁹⁾.

Além disso, foi comprovado que a maioria dos usuários não possuem acesso a atividades e materiais educativos, portanto é evidente a importância da educação em saúde nas instituições e programas educacionais voltados para a inclusão. A educação em saúde desempenha um papel fundamental na orientação, instrução, prevenção de doenças e capacitação dos indivíduos para tomar decisões relacionadas à saúde. Portanto, é necessário desenvolver e implementar programas educacionais acessíveis, adaptados às necessidades e contextos específicos das pessoas com deficiência física. ⁽²¹⁾.

Atender as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física requer estratégias que abordem, tanto as questões de acesso à educação em saúde, tecnologias assistivas e direitos legais, quanto a inclusão na assistência de qualidade. Essas medidas são essenciais para garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde e bem-estar ⁽²⁰⁾.

Na pesquisa foi observado que os usuários possuem facilidade em se comunicar com os profissionais de saúde, o que favorece o usuário e sua reabilitação. A comunicação favorece a integralidade e a humanização, portanto os profissionais de saúde devem ser acessíveis ⁽²¹⁾.

A competência no atendimento de saúde refere-se à capacidade dos profissionais de saúde de atender com humanização, respeito e atenção os usuários, independente de valores, crenças, níveis de instrução e condição financeira. ⁽²¹⁾

O processo de reabilitação deve ser desenvolvido com ações e atividades significativas para o usuário, sempre direcionadas às suas necessidades, para que o indivíduo se sinta motivado durante o tratamento ⁽²²⁾. O estudo identificou que a maioria dos usuários relataram que as políticas públicas atendem suas necessidades individuais e valorizaram o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na pesquisa desenvolvida por Othero e Ayres os pacientes relataram que tiveram seus diagnósticos tardios e conseqüentemente maiores incapacidades. Foi relatado também como necessidade, o reencontro com atividades significativas, salientando-se a retomada de valor, ação e interação com o contexto em que se vive, ligado à história individual, familiar e cultural de cada um. ⁽²³⁾

De acordo com Morosini et al as mudanças ocorridas no financiamento, na relação com a iniciativa privada e no modelo de atenção têm fragilizado os pressupostos do território, da orientação comunitária, da integralidade e interdisciplinaridade, conferindo à atenção primária um caráter individualizante e “agravando a ruptura com o princípio da universalidade”. ⁽²⁴⁾

A falta de assistência, apoio às pessoas com deficiência física podem resultar em barreiras de comunicação, falta de confiança no sistema de saúde e disparidades no acesso e na qualidade dos cuidados. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde recebam treinamento para prestar um atendimento de excelência, com uma abordagem centrada no usuário, e que valorize e respeite a diversidade cultural e a individualidade de cada um. ⁽²⁵⁾.

Não foram encontrados estudos que comprovam a mesma relação de significância entre as associações das variáveis do estudo, mas a descoberta dos dados ressalta a disparidade no acesso aos serviços públicos de saúde, e revela que PcDs com menor nível educacional enfrentam desafios adicionais, como dificuldades de encontrar transportes, para alcançar unidades de saúde, educação, segurança e lazer ⁽²⁶⁾.

De acordo com a pesquisa de Gomes et al (2023) os entrevistados disseram passar por dificuldades de locomoção nas ruas e apontaram deficiência na acessibilidade a lugares de lazer em relação à adequação e carência dos transportes públicos ⁽²⁷⁾.

O principal meio usado pelas pessoas com deficiência física para locomoção em lugares públicos e privados corresponde a carros convencionais, e aproximadamente 68% das pessoas com deficiência física asseguraram que estes veículos não contam com adaptação ergonômica ou funcional, que facilite o seu uso por parte deste tipo de população ⁽¹⁵⁾.

Essa descoberta tem implicações significativas, que destacam a importância crucial do transporte como um fator determinante no acesso aos serviços públicos. Existem formas de locomoção que estão associadas a dificuldades de acesso, pois lacunas na infraestrutura de transporte precisam ser solucionadas. Além disso, políticas e intervenções podem ser direcionadas para melhorar o acesso ao transporte público, fornecer serviços de transporte alternativos e adaptados para as pessoas com deficiência física ⁽²⁸⁾.

Limitações do estudo

A amostra não foi atingida, por causa das ausências dos usuários por problemas de saúde e dificuldades com transportes para deslocamento à instituição.

Foi observado durante a pesquisa que os usuários, principalmente os residentes em zona rural, possuíam dificuldades em se deslocar até a instituição de saúde. As prefeituras não disponibilizavam transportes com frequência e os aplicativos, segundo os usuários, recusaram as corridas por saber que tinha cadeira de rodas para conduzir.

O tempo dos usuários na instituição era bem limitado, pois eles não podiam demorar para não perder o transporte, o que dificultou a coleta de dados.

O local de coleta era um pouco longe, então a responsável pela coleta dependia de vários transportes para chegar até a instituição.

As consultas eram agendadas, mas alguns usuários ligavam desmarcando e a pesquisadora não tinha acesso a essa informação.

Conclusão

As necessidades de saúde das pessoas com deficiência física devem ser avaliadas como etapa essencial para assegurar o acesso e excelência nos cuidados de saúde.

Na pesquisa foi identificada algumas necessidades enfrentadas pelas pessoas com deficiência, como: dificuldades com transportes para o deslocamento as instituições de saúde, meios de transportes para locomoção sem adaptação o que dificulta a rotina diária dessas pessoas, assistência de saúde escassa para atender as suas demandas, ausência de materiais educativos por parte dos sistemas de saúde, dificuldade em conseguir medicação gratuita necessária, o que pode ocasionar maiores complicações, pois alguns usuários possuem doenças crônicas. Essas necessidades podem comprometer a reabilitação e terapêutica desses usuários.

A acessibilidade dos serviços de saúde é outro fator essencial, que envolve tanto a dimensão física quanto a financeira. Foi observado durante a pesquisa que as pessoas com deficiência física enfrentam dificuldades de deslocamento até os locais de atendimento, especialmente os residentes em áreas rurais, e para arcar com os custos de órteses, próteses e medicamentos.

Portanto, é de extrema importância orientar políticas e práticas, que visem melhorar o acesso, a assistência e a qualidade nos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência. Ao atender essas necessidades de forma abrangente e inclusiva, pode-se contribuir para uma saúde mais igualitária, que vise proporcionar segurança e bem-estar a essas pessoas.

Referências

1. Brasil. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Lei Nº 13.146. 2015. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm.
2. World Health Organization, The World Bank. Relatório Mundial sobre a deficiência. São Paulo: 334p. 2012. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9788564047020_por.pdf.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência Rio de Janeiro: 2012. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=794>.
4. Costa NR, Marcelino MA, Duarte CMR, Uhr D. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Cien Saúde Colet.* 2016; 21(10):3037-3047. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18292016>.
5. Heller, A. Teoria de las necesidades em Marx. (1986). 2º ed. Barcelona: Península.
6. Farias N, Buchalla MC. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.16, n.7, p.165-183, 2005. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.
7. Pagliuca LMF, Aragão AEA, Almeida PC. Accessibility and physical deficiency: identifying architectural barriers in internal areas of hospitals in Sobral, Ceará. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4):581-588. doi: 10.1590/s0080-62342007000400007.
8. Bernardes LCG et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Cienc. Saúde Colet.*, v.21, n.5, p.65-95, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008>.
9. Bussab, WO, Morettin, PA (2017). Estatística Básica (6a ed.). São Paulo: Saraiva.
10. Belmiro SSD do R, Miranda FAN de, Costa IKF, Coura SA, França de XSI, Silva SSdosWG. 2018. Instrumento avaliativo de necessidades em saúde de pessoas com deficiência: estudo metodológico. Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Estadual da Paraíba. https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5722/html_2.
11. Proae. Pró-reitora de ações afirmativas. Formulário socioeconômico. UFBA. https://proae.ufba.br/sites/proae.ufba.br/files/formulario_socioeconomico_pec-g_anexo1.pdf.
12. SIEGEL, S.; CASTELLAN, J. Estatística Não - Paramétrica para as Ciências do Comportamento, 2. Ed. Editora Penso, 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

- <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2002; 11(5):365-73. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/629>.
 15. Ocampo ES, Pereira NN, Leandro FR, Ribeiro JD. Percepção da acessibilidade a espaços públicos e privados da população com deficiências: Um estudo de caso na cidade de Volta Redonda. *Revista Valore*. 2022; 7:1-23. <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/681>
 16. Nogueira CG, Schoeller DS, Ramos SRF, Padilha, IM, Brehmer FCL, Marques BFMA. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas. A distância entre intenções e gestos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(10):1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>.
 17. Matin KB, Williamson JH, Karyani KA, Rezaei S, Soltani S&SM. Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Womens Health*. v. 21, n. 44, p. 1-15, 2021. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01189-5>.
 18. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: 2020. https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf.
 19. Dassah, E, Aldersey H, McColl, AM, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a “best-fit” framework synthesis. *Global Health Research and Polyce*. National Library of Medicine. v. 3, n. 36, 2018. doi: 10.1186/s41256-018-0091-x.
 20. Castro SS, Pelicione FA, Cesar GLC, Carandina L, Barros ABM, Alves PGCM, Goldbaum M. Use of medicines by persons with disabilities in São Paulo state áreas, southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44(4):1-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400003>
 21. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>.
 22. Braga MMS, Schumacher AA. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela Teoria do Reconhecimento Social de Axel Honneth. *Sociedade e Estado*. 28(2):375-392. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200010>.
 23. Othero MB, Ayres, JRCM. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, v. 16, n. 40, p. 219-234, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000010>
 24. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TW de F. *Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de*

- privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-10, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
25. Cruz MD, Nascimento LRS do, Silva DMGV da, Schoeller SD. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. *Cienc. enferm.* 2015; 21(1): 23-33. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100003>.
26. Lyra TM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Miranda GMD, Oliveira MS, Carvalho E, Santos HF, Penn-Kekana L, Kuper H. A Política Nacional de Saúde para pessoas com deficiência no Brasil: uma análise do conteúdo, do contexto e da atuação dos atores sociais. *Health Policy Plan* 2022; 37(9):1086-1097. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czac051>
27. Gomes AF, Melo MSD, Emerentino NS, Silva VA, Jesus SS, Oliveira VC. Gestão pública e inserção das pessoas com deficiência em Teixeira de Freitas- Bahia. *Ver. Gestão Análise.* 2023; 12(2):38-53. doi:10.12662/2359-618xregea.v12i2.p38-53.2023
28. Hamilton C, Lovarini M, McCluskey A, Folly de Campos T, Hassett L. Experiences of therapists using feedback-based technology to improve physical function in rehabilitation settings: a qualitative systematic review. *Disabil Rehabil.* 2019;41(15):1739-50. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1446187>
29. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa nacional de saúde: 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa apontam que as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física devem ser avaliadas como etapa essencial para assegurar a igualdade de acesso e excelência nos cuidados de saúde para essa população. Ao examinar informações que englobam diversos fatores, como: acessibilidade, educação em saúde, rede de apoio por parte dos serviços públicos, dificuldades de locomoção, qualidade do serviço prestado, podemos identificar tanto áreas bem-sucedidas, quanto lacunas que necessitam de atenção.

A saúde das pessoas com deficiência física é influenciada por diversos aspectos sociais e econômicos, que exigem uma atenção diferenciada e integrada. A equidade no atendimento é fundamental para garantir que os serviços de saúde sejam adequados, respeitosos quanto às especificidades e vivências desse grupo. Além disso, é preciso considerar a interseccionalidade das desigualdades na saúde, que afetam o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde de forma cumulativa e complexa.

É importante reconhecer que as pessoas com deficiência física enfrentam inúmeros desafios ao longo da vida, como: preconceitos, dificuldades com transportes para o deslocamento às instituições de saúde, assistência de saúde escassa para atender às suas demandas, ausência de apoio familiar e isso compromete a reabilitação e o tratamento desse grupo.

São necessidades específicas, que necessitam de estratégias urgentes para solucionar esses impasses. A análise da assistência à saúde das pessoas com deficiência aponta um perfil de fragilidade, desarticulação, descontinuidade de ações nas esferas públicas e dificuldades apresentadas pelos usuários quanto à assistência na atenção básica.

A acessibilidade dos serviços de saúde é outro fator essencial, que envolve tanto a dimensão física quanto a financeira. Foi observado durante a pesquisa que as pessoas com deficiência física enfrentam dificuldades de deslocamento até os locais de atendimento, especialmente os residentes em áreas rurais, e para arcar com os custos de órteses, próteses e medicamentos.

Portanto, é de extrema importância políticas e práticas, que visem melhorar o acesso, a assistência e a qualidade nos cuidados de saúde para as pessoas com deficiência. Ao atender essas necessidades de forma abrangente e inclusiva, podemos contribuir para uma saúde mais igualitária, que visa proporcionar segurança e bem-estar a essas pessoas.

REFERÊNCIAS

- A FUNAD. Disponível em: <<https://funad.pb.gov.br/a-funad>> Acesso em: 10 out. 2023.
- BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Médica*, v. 17, n. 4, p. 229-32, 2007.
- BELMIRO, R. D. S. S. Evidência de Validação do Instrumento de Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual. Tese. Natal-RN, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21616>> Acesso: 10 out. 2023.
- BELMIRO, R.D.S.S et al. Instrumento Avaliativo de Necessidades em saúde de Pessoas com Deficiência: estudo metodológico. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 16, n.3, p. 331-343, 2018. Disponível em:
- <https://www.researchgate.net/publication/329071440_Instrumento_avaliativo_de_necessidades_em_saude_de_pessoas_com_deficiencia_estudo_metodologico> Acesso em: 05 out. 2024.
- BERNARDES, L. C. G et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.1-8, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/trF4rcfRwsRmkK8DPKfv4Fv/#>> Acesso em: 10 jan. 2024.
- BUENO, L; GUEDES, L. Acessibilidade e o Cumprimento das Normas Jurídicas. Estudo de Caso das Unidades Judiciárias em Goiás. 1ª edição. Goiânia, 2019.
- BUSSAB, O. W; MORETTIN, A. P. Estatística Básica. 9. ed. Editora Saraiva, 2017.
- BRASIL. Secretaria Geral. Constituição Federal. Art. 208. Inciso III, 1988. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaoefederalde88.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília-DF. 1ª edição, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf Acesso em: 20 jan. 2024.
- BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html > Acesso em: 28 nov. 2023.
- BRASIL. Cartilha do Censo 2010 Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://inclusao.enap.gov.br/wpcontent/uploads/2018/05/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido-original-eleitoral.pdf>> Acesso em: 05 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2014. Cadernos de Atenção Básica, n. 39, p. 116. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf> Acesso em: 30 nov 2023.
- BRASIL. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Lei Nº 13.146. 06 de julho, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 05 out. 2023.

BRASIL. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas, 2017. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambienciac-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-edas-Oficinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020_.pdf> Acesso em: 23 abr. 2023.

BRIGHT, T et al. A Systematic Review of Access to Rehabilitation for people with disabilities in Low- and Middle- Income Countries. National Library of Medicine. *Internacional J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública*. V. 15, n.10, p. 1-34, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30279358/>> Acesso em: 10 jan. 2024.

BVS. Ministério da Saúde. Dia da Pessoa com Deficiência Física, 2021. Disponível em:<<https://bvsmms.saude.gov.br/11-10-dia-da-pessoa-com-deficiencia-fisica/>> Acesso em: 10 jan. 2024.

CAMPOS, S. M. C; BATAIERO O. M. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 3, p. 1-14, 2007. Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100001 Acesso em: 10 jan. 2024.

CARNUT, L; FERRAZ, B.C. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde em Debate*. V. 45, n. 129, p. 451-466, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45n129/451-466/>> Acesso em: 10 jan. 2024.

COSTA, R. N et al. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v. 21, n. 10, p. 1-12, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/h89GGZGvWQ5GjHchLWLKw6s/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 10 jan. 2024.

DICHER, M; TREVISAM, E. A jornada histórica da pessoa com deficiência: inclusão como exercício do direito à dignidade da pessoa humana. XXIII Congresso Nacional. CONPEDI/UFPB. João Pessoa, p. 254-276, 2014.

EUROPEAN COMMISSION. progress report on the implementation of the european disability strategy (2010-2020), 2017. Disponível em: <<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=16995&langId=en4>> Acesso em: 07 mar 2024.

FARIAS, N; BUCHALLA, M.C. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.16, n.7, p.165-183, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 18 nov. 2023.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HELLER, A. Teoria de las necesidades em Marx. 2º ed. Barcelona: Península, 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. Disponível em:

<<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>> Acesso em: 14 out. 2023.

IBGE. PNS 2019: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, 2021. Disponível em: <<https://censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-dedeficiencia>> Acesso em: mar. 2023.

JUNIOR, G.N.N; PEREIRA, P.A.P. Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. *Argumentum*. v. 5, n. 1, p. 50-65, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/5057> Acesso em: 10 jan. 2024.

LAVESQUE et al. Patient-Centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for equity in health*. v. 12, n. 18, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-118> Acesso em: 06 nov. de 2023.

MENICUCCI, C. M. Educação Inclusiva: possibilidades e desafios atuais. Centro de Formação de Professores/PUC. Educação Especial Inclusiva: ênfase em Ciências Humanas, livro-texto 1, p. 8 a 11, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/477246600/MENICUCCI-M-do-C-ducacao-Especial-Inclusiva-enfase-em-Ciencias-Humanas-Livros-textos-1-Belo-Horizonte-PUCMinas-Virtual-2005-P-44a-67> Acesso em: 10 jan. 2024.

MONTEIRO, M.C et al. Pessoa com Deficiência: a história do passado ao presente. In *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, v. 2, n. 3, p. 221233, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5746/574660899019/html/> Acesso em: 02 fev. de 2023.

OLIVEIRA, C.L.C. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *Abrasco*. p. 113-126, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386094> Acesso em: 10 jan. 2024.

OLIVEIRA, F. E. A; GARCIA, T. P. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. UNA-SUS. Universidade Aberta do Sus. UFMA, São Luís, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9914/3/REDE_DE_CUIDADOS_A_PESSOA_CO_M_DEFICI%C3%8ANCIA.pdf Acesso em: 10 mar. de 2023.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Países Africanos afirmam direitos de pessoas com deficiência em novo protocolo, 2018. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1538> Acesso em: 24 mar 2024.

OTHERO, B.M; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de Saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva do sujeito por meio de histórias de vida. **Interface- comunicação, saúde, educação**. v. 16, n. 40, p. 219-33, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dnjC4XvL6fYBT97ptsHgNZj/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 15 nov. 2023.

PAIM, S. J; FILHO, A. N; Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*. v.32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRjtSgSdw7y/#> Acesso em: 10 nov. 2023.

PAGLIUCA, F. M. L et al. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v.41, n. 4, p. 581-588, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TyGdYtGsHTNnrwP3xNYfBRR/> Acesso em: 13 jan. 2024.

PEREIRA, R. Anatomia da diferença: normalidade, deficiência e outras invenções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

PEREIRA, G. M. Epidemiologia teoria e prática. Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, M. A história da pessoa com deficiência. V. 8, n. 5, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<https://revista.uemg.br/index.php/cgf/article/view/3149/1871>> Acesso em : 15 jan. 2024.

PIMENTEL, C. S; PIMENTEL, C, M. Ressignificando a Deficiência: A necessidade de revisão conceitual para definição de políticas públicas. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, v. 5, n. 2, p. 1039-1054, 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/Particular/Downloads/258-1277-1-PB2%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Particular/Downloads/258-1277-1-PB2%20(1).pdf)> Acesso em: 10 jan. 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano. New York, 2015. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2015reportptpdf.pdf>> Acesso em: 6 abr. 2023.

PROAE. Formulário Socioeconômico. Pró- Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal da Bahia, 2020. Disponível em: <https://proae.ufba.br/sites/proae.ufba.br/files/formulario_socioeconomico_pec-g_anexo1.pdf> Acesso em: 10 jul. 2023.

ROUQUAYROL, Z. M.; FILHO, A. N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro. 6. ed. Medsi, 2003.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, J. Estatística Não - Paramétrica para as Ciências do Comportamento, 2. Ed. Editora Penso, 2006.

SILVA, O, M. A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem de hoje. São Paulo: Cedas, 1987.

UNIFESP. Ministério da Educação. Resolução nº164 de 14 de novembro, 2018. Disponível em: https://acessibilidade.unifesp.br/images/noticias-mag/documentos_unifesp/resolucao_164_politica_de_acessibilidade.pdf Acesso em: 20 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência. Tradução de Lexicus Serviços Linguísticos. – São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: http://www.ica.usp.br/eventos/documentos/9788564047020_por.pdf/view Acesso em: 25 jan. 2024.

APÊNDICE A- FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

MODULO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº do Formulário: _____

Data ____ / ____ / ____

Nome: _____ Idade: _____

Nome Social: _____

MODULO 2 – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino 3. Outros ()

2. Raça/Cor/Etnia: 1. () Branca 2. () Preta 3.() Parda 4. () Amarela 5. () Indígena

3. Reside na área: 1. () Urbana 2. () Rural

4. Estado Civil: 1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Separado/Divorciado 4. () Viúvo 5. União Estável ()

5. Escolaridade: 1. () Sem escolaridade 2. () Ensino fundamental incompleto 3. () Ensino fundamental completo 4. () Ensino médio incompleto 5. () Ensino médio completo 6. () Curso técnico ou profissionalizante 7. () Curso superior completo 8. () Superior incompleto

6. Condições de atividade: 1. () trabalho fixo 2. () desempregado 3. () Aposentado 4. () Pensionista 5. () Estudante 6. () Dona de casa

7. Residência atual: 1. () Própria 2. () Alugada 3. () Cedida ou emprestada 4. () outra situação

8. Renda: 1. () 1 salário mínimo 2. () 2 salários 3. () 3 salários 4. () mais de 4 salários 5. () nenhuma

9. Recebe Auxílio Brasil? 1. () Sim 2. () Não

10.Recebe Auxílio-doença? 1. () Sim 2. () Não

11. Recebe os medicamentos necessários de forma gratuita? 1. () Sim 2. () Não

12.Forma de locomoção para a instituição: 1. () carro próprio 2. () Carro da prefeitura 3. () Ônibus 4. () Carona 5. () outros 6. () Ônibus da Instituição

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (IANS-PcD)

13.Recebe atendimento de profissionais de saúde? (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros? 1. () Sim 2. () Não

14.Tem necessidades de conseguir órteses? (palmilhas, coletes, talas plásticas, colar cervical para imobilização, joelheira, bengala, aparelho auditivo...) e Próteses? (próteses articular, prótese mamária, lente intraocular, prótese vascular...)? 1. () Sim 2. () Não

15.Realiza exames necessários? Isto inclui profissionais capacitados para te ajudar, aparelhos e equipamentos acessíveis, acesso à informação e locomoção adequados? 1. () Sim 2. () Não

16.Recebe assistência de profissionais para atender as suas necessidades de saúde? Por exemplo, prescrição de medicamentos, solicitação de exames, acesso a cuidados médicos no posto de saúde ou especialistas? 1. () Sim 2. () Não

17.Tem facilidade de entrar e se locomover em hospitais, postos de saúde e clínicas? 1. () Sim 2. () Não

18.Tem acesso a atividades e materiais educativos sobre saúde, doenças e qualidade de vida? 1. () Sim 2. () Não

19.Consegue se comunicar com os profissionais de saúde e trabalhadores das instituições de saúde? 1. () Sim 2. () Não

20. Os profissionais que realizam seu atendimento são capacitados e sensibilizados para atender as suas necessidades? 1. () Sim 2. () Não
21. Os profissionais que realizam seu atendimento conhecem todas as suas necessidades de cuidados? 1. () Sim 2. () Não
22. Recebe acompanhamento por profissionais que já conhecem suas necessidades e sua história de vida? 1. () Sim 2. () Não
23. Os profissionais que realizam seu atendimento respeitam sua privacidade, crenças, cultura, religiosidade, sexualidade, saberes e habilidades de comunicação? 1. () Sim 2. () Não
24. Tem suporte adequado para realizar seus cuidados diários? Por exemplo, comer, banhar-se, vestir-se, usar o banheiro? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não precisa
25. Tem suporte adequado para mover-se em casa, na rua ou no trabalho? Por exemplo, transferências entre ambientes, andar no interior de casa, andar na rua, locomoção em cadeira de rodas, usar escadas, usar órteses e próteses? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não precisa
26. Tem suporte adequado para desempenhar atividades na sua casa? Como, por exemplo, limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, lavar roupas, usar o telefone, tomar medicamentos, organizar o orçamento? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não precisa
27. Tem suporte adequado para lembrar tarefas ou compromissos, para se orientar em relação ao tempo e espaço, para compreender e julgar situações, e de como se comportar diante de situações? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não precisa
28. Possui adaptações na sua casa que facilitem sua vida? Por exemplo, rampas, ampliação de portas de cozinha ou banheiro e acessórios especiais? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não precisa
29. Tem dificuldades para conseguir ter acesso a transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança, lazer? 1. () Sim 2. () Não

30.É tratada com respeito quando necessita de ajuda? 1. () Sim 2. () Não

31.Tem acesso a informações de saúde suficientes, claras e fáceis de encontrar? Por exemplo, informações sobre a deficiência, tratamentos, remédios, sobre direitos legais e os serviços relacionados com a deficiência? 1. () Sim 2. () Não

32.Consegue ter acesso aos direitos e benefícios sociais garantidos por lei? Como, por exemplo, a isenção na tarifa do transporte coletivo e o benefício de um salário-mínimo da Previdência Social? 1. () Sim 2. () Não

33.As políticas públicas assistenciais atendem as suas necessidades individuais? 1. () Sim 2. () Não

34.Tem prioridade no atendimento quando vai a hospitais, clínicas, postos de saúde e serviços de reabilitação? 1. () Sim 2. () Não

35.Necessita de ajuda para acessar espaços de lazer e convivência com outras pessoas? Como, por exemplo, teatros, campos de futebol, ginásios, igreja, cinema, shopping centers? 1. () Sim 2. () Não 3. () Não precisa

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO-TCLE

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada, **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA**, sob a responsabilidade da mestranda: Kátia Cristina Barbosa Ferreira e da Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, de forma totalmente voluntária. Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Essa pesquisa possui como justificativa identificar lacunas no sistema de saúde e propor soluções que visem à melhoria da qualidade do atendimento e à inclusão dessas pessoas. Isso contribui para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde, garantindo a qualidade no atendimento a todas as pessoas, independentemente de suas condições físicas (CARVALHO e TURATO, 2019). Assim, é primordial abordar essa temática para detectar possíveis ajustes e adaptar os serviços de saúde a fim de prestar um atendimento apropriado e de qualidade as pessoas com deficiência. Isso inclui identificar os entraves ao acesso, treinar os profissionais de saúde para atender suas necessidades específicas e desenvolver políticas e práticas que promovam a inclusão e a igualdade de tratamento.

O objetivo é avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física. Quanto a metodologia os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais mediante a utilização de um instrumento de Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência validado segundo Belmiro, *et al* (2018), com questões objetivas aplicado aos participantes para obtenção de informações referentes as condições sociais, perfil socioeconômico, sociodemográficos e necessidades de saúde. Os dados serão coletados durante a entrevista, que será realizada no ambiente da instituição, em local reservado, de

acordo com a disponibilidade dos participantes, de modo que não interfira em suas atividades ou da instituição. Quanto mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Todas as pesquisas que envolvem seres humanos possuem riscos, seja com exposição de fotos, perda de confidencialidade, possibilidade de constrangimento, timidez ou cansaço dos participantes ao responderem as perguntas. Como medidas de redução dos riscos, temos: limitação do acesso aos dados somente para a equipe de pesquisa ou o pesquisador responsável, evitar a identificação dos entrevistados codificando os registros dos dados para não expor a identidade de nenhum participante da pesquisa. O pesquisador irá respeitar caso o entrevistado não sinta desejo de continuar a contribuir com a pesquisa, ou se recuse e para minimizar os riscos será ofertado um local discreto para a entrevista, com o intuito de respeitar a privacidade das respostas e o constrangimento na exposição das informações do participante. Será utilizado como instrumento um formulário que não invade a intimidade, respeitando assim as questões éticas que consta na Resolução nº 466/12 e Resolução nº 510/2016 CONEP/CNS/MS.

A utilização do instrumento proporcionará a identificação das necessidades de saúde das pessoas com deficiência, compreendendo a identificação destas como partes integrantes do planejamento em saúde, bem como proporcionará uma assistência de qualidade que considere as reais necessidades dos usuários do sistema de saúde.

A pesquisa trará contribuições atuais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, orientações e informações a respeito do tema proposto.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou

financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo em caráter confidencial. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.).

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com (responsável da pesquisa), através do e-mail: katiacristferreira@gmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

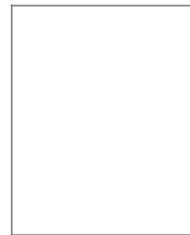
Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente

com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante:

Responsável pelo Projeto:



Assinatura Dactiloscópica do Participante da
Pesquisa (OBS: utilizado apenas nos casos em
que não seja possível a coleta da assinatura do participante).

**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL
EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO nº 466 de 2012 e / ou RESOLUÇÃO
nº510 de 2016 DO CONEP/CNS/MS (TCPR)**

Título da Pesquisa: Avaliação das Necessidades de Saúde das Pessoas com Deficiência Física em uma Instituição de Referência

Eu, Kátia Cristina Barbosa Ferreira, Bacharel em Enfermagem, mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, portadora do RG: 2468544 e CPF: 01214706444 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução nº.466 de 2012 e / ou Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 26 de junho de 2023.



Kátia Cristina Barbosa Ferreira

Pesquisadora Responsável/Orientanda

APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO (PRONTUÁRIOS)

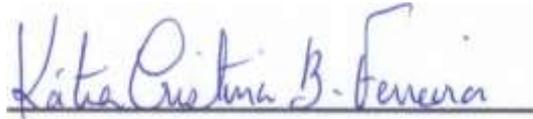
Título do projeto:	Avaliação das Necessidades de Saúde das Pessoas com Deficiência Física em uma Instituição de Referência
Pesquisador responsável:	Kátia Cristina Barbosa Ferreira
Orientadora	Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Banco de dados do:	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência FUNAD, João Pessoa - PB.

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I- Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N^o. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 26 de junho de 2023.

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:	Assinatura
Kátia Cristina Barbosa Ferreira	
Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França	

**APÊNDICE E- DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE
PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação das Necessidades de Saúde das Pessoas com Deficiência Física em uma Instituição de Referência

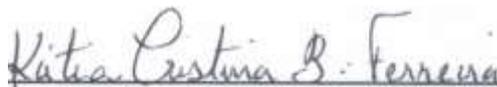
Eu, Kátia Cristina Barbosa Ferreira, Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública na Universidade Estadual da Paraíba, portadora do CPF 01214706444 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo - me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as Diretrizes da Resolução nº 466 de 2012 e/ou Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 26 de junho de 2023.

Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França



Orientadora



Kátia Cristina Barbosa Ferreira

Pesquisadora Responsável/Orientanda

ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA**



ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Da: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

Para: FUNAD

A Escola de Saúde Pública da Paraíba encaminha a pesquisadora **Kátia Cristina Barbosa Ferreira**, sob a orientação da **Profª Dra. Inácia Sátiro Xavier de França**, para realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o pesquisador deverá agendar com o serviço a coleta de dados e estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa no Núcleo de Investigação Científica (NIC) da ESP-PB, a fim de subsidiar a repositório virtual.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede Estadual de Saúde da Paraíba, subscrevo-me.

João Pessoa - PB, 17 de julho de 2023.



Documento assinado digitalmente
SELDIA GOMES DE SOUSA
Data: 17/07/2023 14:05:58-0300
Verifique em: <https://validar.cdi.gov.br>

Escola de Saúde Pública da Paraíba
Núcleo de Investigação Científica

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA
Av. Dom Pedro II, 1826 – Torre – João Pessoa-PB
CEP: 58.040-440 Tel.: (83) 3214-1732

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA

Pesquisador: KATIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70871723.4.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.180.515

Apresentação do Projeto:

O PROJETO ABORDA TEMA RELEVANTE AO SINALIZAR COMO QUESTÃO NORTEADORA A SEGUINTE PERGUNTA: como as pessoas com deficiência estão acessando os serviços de saúde, não apenas em termos de utilização, mas também na cobertura de serviços preventivos, acessibilidade dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados recebidos para alcançar suas necessidades de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física em uma instituição de referência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se as pessoas com deficiência física recebem assistência de profissionais capacitados e sensibilizados para atender suas necessidades de saúde;
- Identificar se a instituição oferece assistência de saúde de qualidade;
- Identificar se as pessoas com deficiência são tratadas com respeito quando necessitam de apoio

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 8.180.515

DESCRITOS DE FORMA CLARA E, EXEQUÍVEIS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ATENDEM TEXTUALMENTE ÀS RECOMENDAÇÕES DA RESOLUÇÃO 466

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A PESQUISA APRESENTOU FUNDAMENTAÇÃO REFLEXIVA, COM TRAJETÓRIA METODOLÓGICA OBJETIVA E DESCRIÇÃO ADEQUADA PARA TRABALHO DE CAMPO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FR : anexado

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR : anexado

Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivos: anexado

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO: anexado

TAI: anexado

TCLÉ: anexado

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES PARA REGISTRO OU PENDÊNCIA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

INEXISTEM PENDÊNCIAS E OU INADEQUAÇÕES QUE O PESQUISADOR NECESSITE ESCLARECER. RECOMENDAMOS OBSERVÂNCIA ATENTA E CRITERIOSA DURANTE EXECUÇÃO PARA GARANTIR O CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO 466.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados e destacamos que, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – UEPB.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2169483.pdf	27/06/2023 18:55:35		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/06/2023 18:47:35	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.190.515

Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	26/06/2023 16:43:26	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito
Outros	TERMO_UTILIZACAO_DE_ARQUIVO.pdf	26/06/2023 16:42:50	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	26/06/2023 16:41:37	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito
Outros	FORMULARIOS_PARA_COLETA_DE_DADOS.pdf	26/06/2023 16:33:14	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	26/06/2023 16:32:20	KATIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	26/06/2023 16:31:42	KATIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA	Aceito
Orçamento	CRONOGRAMA_ORCAMENTARIO.pdf	26/06/2023 16:31:22	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	26/06/2023 16:28:53	KATIA CRISTINA BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FUNAD.pdf	26/06/2023 16:28:20	KATIA CRISTINA BARBOSA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 13 de Julho de 2023

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Coordenadora Adjunta do CEP/UEPB

Assinado por:

Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br