



UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

**GISELE MENDES DA SILVA**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
REDENÇÃO/CE**

**REDENÇÃO/CE  
2021**

**GISELE MENDES DA SILVA**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
REDENÇÃO/CE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito para obtenção da titulação de Mestre em Enfermagem

**Área de Concentração:** Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Práticas do Cuidado em cenários Lusófonos

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira

**REDENÇÃO/CE  
2021**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da UNILAB  
Catalogação de Publicação na Fonte.

---

Silva, Gisele Mendes da.

S578s

Situação de saúde e distribuição espacial de pessoas com deficiência por unidade básica de saúde no município de Redenção/Ce / Gisele Mendes da Silva. - Redenção, 2021.

82f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021.

Orientador: Profa. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira.

1. Pessoas com Deficiência. 2. Atenção primária de saúde. 3. Saúde pública. 4. Enfermagem. I. Título

CE/UF/BSP

CDD 361.1

---

**GISELE MENDES DA SILVA**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DE PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
REDENÇÃO/CE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito para obtenção da titulação de Mestre em Enfermagem.

Apresentado em: 29/07/2021

Conceito obtido: Aprovado

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Paula Marciana Pinheiro de Oliveira  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB  
*Orientadora*



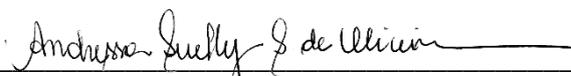
---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva  
Universidade Federal do Piauí - UFPI



---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edmara Costa Chaves  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Andressa Suelly Saturnino de Oliveira  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Dedico essa dissertação aos meus pais, Marluce e Getúlio, que me geraram e me ensinaram os valores do amor e respeito ao próximo.

## RESUMO

**Introdução:** Pessoas com Deficiência apresentam os piores indicadores de saúde quando comparado as demais pessoas sem deficiência. Através deste cenário, observa-se a relevância dos profissionais de saúde identificarem essa clientela para atuarem de forma mais equitativa. Este estudo fundamenta-se na importância da análise da distribuição espacial das Pessoas com Deficiência associada à análise da situação de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde específicas para essa clientela na Atenção Básica. **Objetivo:** analisar a situação de saúde e distribuição espacial de pessoas com deficiência auditiva, física e visual por Unidade Básica de Saúde no município de Redenção, CE. **Método:** pesquisa ecológica, transversal de análise espacial realizada entre dezembro de 2020 a abril de 2021 nas Unidades Básicas de Saúde cadastradas no município de Redenção, CE. Composto por três etapas. Na primeira, foi realizado principalmente o contato, agendamento, encontro presencial com a Coordenação da Atenção Básica à Saúde e convite aos Agentes Comunitários de Saúde para apresentação da proposta de pesquisa. Na segunda, realizou-se a visita ao domicílio de 250 pessoas com deficiência auditiva, motora e visual junto aos agentes comunitários de saúde para coleta do perfil sociodemográfico, situação de saúde e registro de coordenadas geográficas por residência através de Sistema de Posicionamento Global. Nesta etapa, utilizou-se instrumento subdividido em cinco tópicos: dados sociodemográfico e econômico; condições de vida e moradia; identificação e classificação da deficiência; perfil e condições de saúde e; acesso e utilização dos serviços da Atenção Básica. Na terceira e última etapa, compreendeu-se a organização dos dados e distribuição espacial por unidade de saúde da Atenção Básica. Para a análise, os dados foram registrados no Excel, as coordenadas geográficas organizadas no Google Earth Pro, análise espacial Quantum GIS versão 2.14, análise estatística pelo Epi Info e análise estatística descritiva apropriada. O estudo seguiu os parâmetros éticos, referenciado pela resolução 466/2012. **Resultados:** o perfil predominante das Pessoas com Deficiência identificado foi de pessoas idosas (50,80%), não brancas (77,60%), do sexo masculino (58,80%), casados/união estável (44,80%), ensino fundamental (46,40%), beneficiários da Previdência Social (86,00%) e renda individual de mais de ½ a 1 salário-mínimo (72,80%), sendo a familiar de mais de 1 salário-mínimo (64,40%). Em sua maioria residem com parentes de 1º grau (79,60%), com um arranjo domiciliar de três a cinco pessoas (57,60%). Referente as condições de moradia, verificou-se a concentração de pessoas com deficiência vivendo na zona rural (52,40%). A zona urbana congrega o maior número de pessoas com deficiência física (51,01%), enquanto a rural concentra o maior número de pessoas com deficiência visual (59,42%) e auditiva (53,13%). Revela-se ainda baixíssima cobertura de esgotamento sanitário (90,00%). Os programas da Atenção Básica mais utilizados pelo público são respectivamente, Imunização (85,20%) e Hipertensão (53,20%). Já os relacionados a saúde da mulher e do homem (10,00%) foram os que obtiveram menor participação. Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e transtorno mental foram as doenças e problemas de saúde mais encontrados nas Pessoas com Deficiência. Observou-se ainda, a expressiva prevalência de doenças musculoesqueléticas e neurológicas em Pessoas com deficiência física. Quanto ao atendimento pelos profissionais da Atenção Básica, uma maioria tem acesso aos profissionais da enfermagem (84,4%), em contrapartida menor acesso a atendimento com profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (28,80%). Na distribuição espacial, evidenciou-se um padrão descentralizado das Unidades Básicas de Saúde e seus pontos de apoio e maior distribuição de Pessoa com Deficiência física em todo município, mas com acentuada concentração em áreas dos equipamentos urbanos, sobretudo no distrito de Antônio Diogo. Já as Pessoa com Deficiência auditiva e visual encontram-se dispersas, com maior predominância nas Unidades Básica em Saúde situadas na zona rural. Houve diferenças expressivas na distância a pé entre a residência e a Unidades Básica em Saúde de Pessoa com Deficiência auditiva, física e visual que vivem na zona urbana

daquelas que vivem na zona rural. Na zona rural, menos da metade estão localizadas a 15 min da sua Unidades Básica em Saúde. **Conclusões:** frente aos achados da pesquisa faz-se necessário observar as iniquidades geográficas e socioeconômicas que incidem no acesso à Atenção Básica e ampliar as ações de promoção, diagnóstico e tratamento precoce, a fim de fortalecer a rede de cuidados direcionada a esta população.

**Descritores:** Pessoas com Deficiência; Distribuição Espacial da População; Atenção Básica à Saúde; Enfermagem; Promoção da Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>Percurso histórico relacionado à Pessoa com Deficiência</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário do setor saúde nos Países Lusófonos e as práticas do cuidado em enfermagem</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>Geoprocessamento e Análise da Situação de Saúde: uma prática de cuidado à PcD</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período do estudo</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>População e amostra</b> .....	<b>22</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>24</b>
<b>4.5</b>	<b>Organização e análise univariada do processamento geral de PcD</b> .....	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>6.1</b>	<b>Caracterização Sociodemográfica das PcDs auditiva, física e visual em Redenção-CE</b> .....	<b>42</b>
<b>6.2</b>	<b>Condições de vida e saúde da população com deficiência auditiva, física e visual em Redenção-CE</b> .....	<b>45</b>
<b>6.3</b>	<b>Distribuição Espacial das PcD auditiva, física e visual na Atenção Básica de Redenção-CE</b> .....	<b>49</b>
<b>6.4</b>	<b>A Atenção Básica no cuidado e assistência às PcD em Redenção</b> .....	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial de pessoas que vive com alguma deficiência está composta por um bilhão, estimativa de uma a cada sete no mundo. Esta quantidade ascendente atribui-se ao crescimento demográfico, aos avanços da medicina e ao processo de envelhecimento. Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU) 80% das pessoas com deficiência vivem nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011).

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 6,7% da população total apresenta deficiência, número esse que corresponde a cerca de 12,7 milhões de pessoas. Deste quantitativo 3,4% possuem Deficiência Visual (DV), 2,3% apresentam Deficiência Motora (DM), 1,1% Deficiência Auditiva (DA) e 1,4% Deficiência Intelectual (DI) ou mental (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Dentre as regiões do país, a Nordeste ocupa lugar de destaque no que se refere a maior concentração de PcD, com percentual de 26,3%. Quanto aos Estados, o Ceará encontra-se na sétima posição em número de pessoas com deficiência (IBGE, 2010; MUNGUBA; VIEIRA; PORTO, 2015).

Apesar desta vasta representatividade, o público com deficiência ainda sofre com iniquidades nos diversos contextos, educacional, socioeconômico, assistência à saúde, etc. Ressalta-se que os indicadores de saúde são os piores quando se compara as demais pessoas sem deficiência e enquadram baixo nível educacional, possuem inferior oportunidade econômica e taxas elevadas de pobreza (RUIZ *et al.*, 2013)

Pessoas com deficiência são consideradas vulneráveis em virtude da exclusão social a que são submetidas. Elas encaram barreiras atitudinais, arquitetônicas, comunicacionais e financeiras inerentes à própria condição (WHO, 2011). Tais barreiras podem ser agravadas ainda mais em municípios em que PcD residam na zona rural, dado que essa população em geral tem menos acesso ao transporte público, o que pode interferir no acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde.

Neste cenário, observa-se a importância de profissionais de saúde identificarem essa clientela, direcionando um olhar equitativo, a ponto de promover ações baseadas em suas peculiaridades e reais necessidades, sobretudo, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Afinal, independentemente do grupo populacional, das suas condições econômicas, sociais e culturais, toda população necessita do suporte de saúde viabilizado por meio desses profissionais em seus cenários de atuação.

Pessoas com deficiência, assim como quaisquer outras, necessitam de cuidados em saúde, sendo eles relacionados a comorbidade ou não. No entanto, há determinados fatores que dificultam a inclusão dessas pessoas. Dentre esses estão a formação inadequada de profissionais, ausência de adaptações físicas (rampas, corrimões, banheiros adaptados, entre outros), materiais acessíveis (CARVALHO *et al*, 2019) e particularmente em Redenção/CE a insuficiente participação das PcD, seja visual, motora ou auditiva nas atividades, atribuí-se tanto pela inacessibilidade quanto pela ausência de identificação (moradia) dos mesmos.

Na Atenção Básica, o enfermeiro é responsável em desenvolver ações de Promoção e Prevenção de doenças junto a equipe da UBS, médicos, auxiliares e/ou técnicos e ACS. Sendo que essa última categoria de profissionais se encontra em lugar privilegiado no que concerne a viabilização do acesso aos serviços e o fortalecimento das ações de promoção e prevenção de agravos e doenças (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

No que diz respeito as práticas de cuidado na AB, o enfermeiro exerce papel estratégico e indispensável, pois sendo ele gestor, cabe-lhe desenvolver e organizar um ambiente que propicie e potencialize a qualidade dos cuidados, seja no momento da elaboração de planos de assistência, na execução de uma determinada ação prática ou na capacitação da equipe de trabalho. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) por formação o enfermeiro deve responder as necessidades sociais da saúde, de forma prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Conforme as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o enfermeiro como membro da equipe deve conhecer o território adscrito, identificando grupos, famílias e indivíduos, seus respectivos riscos e vulnerabilidades. Reforça-se, assim a importância do uso de técnicas estatística espacial, aliado ao Sistema de Informação Geográfica (SIG), através do geoprocessamento, na construção de mapas, que admitem uma visualização privilegiada dos possíveis problemas conforme suas localizações, deste modo, possibilita o planejamento e implementação de ações setoriais e intersetoriais em saúde por áreas prioritárias, buscando preservar os princípios da universalidade e integralidade, sobretudo o da equidade (BRASIL, 2017).

É imprescindível reconhecer que o espaço é uma das dimensões na Análise da Situação de Saúde (ASIS). Causa e consequência das diferenciações de acesso e das condições socioambientais, de habitação e de vida. Considerando o conceito ampliado de saúde e por meio da epidemiologia, a ASIS ampliou as variáveis de suas medidas, antes com foco na mortalidade e morbidade, passando a incluir outros fatores. Passou a considerar atributos não biológicos,

como acesso aos serviços, qualidade da assistência, as próprias condições de vida, inclusive relacionado aos determinantes ambientais. Nessa perspectiva, o processo de mapeamento articulado aos atributos da situação de saúde são potentes ferramentas na reorganização dos serviços de saúde na busca pela garantia do acesso, do acolhimento e na identificação das necessidades de saúde de uma população específica em determinado território (BONIFÁCIO; LOPES, 2019).

Ainda temos que o uso da Análise da Situação de Saúde combina teorias e ferramentas das áreas de vigilância em saúde e epidemiologia, as quais contribuem na tomada de decisão das equipes e gestores e efetividade das ações de planejamento e execução das intervenções. Essas ferramentas têm o propósito de identificar os fatores determinantes e condicionantes de saúde, a partir da descrição, acompanhamento e comparação das especificidades de determinado grupo, população ou comunidade e os indicadores que afetam à saúde, bem-estar e qualidade de vida (VASCONCELOS; GARCIA, 2016).

Assim, o emprego dessas ferramentas é de fundamental importância na identificação das pessoas com deficiência e de suas necessidades, visto que colaborará com os profissionais de Saúde da Atenção Básica, na localização e dimensionamento por áreas de abrangências das Unidades de Saúde, na identificação do perfil de saúde desta clientela dentro do município. A taxa de PcD tem aumentado e isto favorecerá os profissionais das atividades de promoção da saúde. Ademais, fornecerá aos gestores e pesquisadores informações indispensáveis no desenvolvimento de ações de saúde direcionadas, bem como, a efetivação de atividades de autocuidado e qualidade de vida que podem propiciar a redução das diversas barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência.

Diante do apresentado, compreende-se que a análise da distribuição espacial das pessoas com deficiência associada com a análise da situação de saúde desse público torna-se fundamental para o desenvolvimento de ações de saúde equitativas na Atenção Básica. De forma, que o estudo auxiliará na elaboração e intervenção de estratégias na AB voltadas para este público. O que beneficiará gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão. Além disso, permitirá expandir outros campos de estudos para pesquisadores, sobretudo da Universidade da Integração Internacional de Lusofonia Afro-brasileira que está inserida no território da pesquisa.

Nesse contexto, qual a situação de saúde e distribuição espacial de pessoas com deficiência auditiva, física e visual por Unidade Básica de Saúde no Município de Redenção, CE?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar a situação de saúde e distribuição espacial de pessoas com deficiência auditiva, física e visual por Unidade básica de saúde de Redenção, CE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a situação sociodemográficas, econômicas e condições de moradia;
- Identificar as doenças ou problemas de saúde;
- Verificar o acesso e utilização da atenção básica;
- Realizar a distribuição espacial das PcD no município e por UBS;
- Apontar a distância da residência de PcD auditiva, física e visual para a UBS/ponto de apoio.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Percurso histórico relacionado à Pessoa com Deficiência**

A história é marcada por um percurso de enfrentamento das pessoas com deficiência as adversidades originadas pelas barreiras atitudinais, econômicas e tecnológicas. Tem-se conhecimento desde a antiguidade de práticas de exclusão social e até mesmo de extermínio das PcD. Na cultura romana, as crianças com deficiência não tinham o direito à vida, a lei determinava que elas fossem mortas em rituais religiosos. Durante a Idade Média havia uma crença de que a deficiência era fruto do pecado, tanto dos pais quanto do filho se adquirisse no decorrer dos anos de seu desenvolvimento. Para isso, a única maneira de redenção seria pela caridade ou pela penitência religiosa. Daí surge as instituições beneficentes sustentadas por donativos em que os deficientes eram isolados (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Tão somente com a Revolução Industrial é que foram desenvolvidos equipamentos para assistência às PcD, como as muletas, as macas móveis, as cadeiras de rodas, a escrita braille e a codificação das línguas de sinais. Daí surge o entendimento de que as deficiências poderiam ser atendidas pelo uso destes (FONSECA, 2012).

De forma sintética, pode-se caracterizar este processo histórico em três etapas: extermínio das pessoas com deficiência, exclusão caritativa e cultural e a terceira, subdividida em integração instrumental, inclusão e finalmente a emancipação, sendo esta última ocorrida já no século XIX. Percebe-se que a sociedade começa a mobilizar-se de forma coletiva a fim de atender melhor as pessoas com deficiência (FONSECA, 2012).

Com início do século XX, viabiliza-se o movimento internacional em benefício da inclusão. As pessoas com deficiência passam a ser notadas como cidadãos que possuem direitos e deveres com efetiva participação na sociedade, todavia, esta acolhida foi de forma ordinária, pois estava pautada em medidas materializadas em ações afirmativas, tal como, o serviço de cotas em empresas ou cargos públicos, ou seja, uma abordagem mais assistencial. Neste mesmo período, após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, irrompe também os primeiros movimentos organizados por familiares, guiados por críticas devido as discriminações. Com isso, a ONU mobiliza-se destinando 1981 como o ano Internacional da Pessoa com Deficiência (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

No Brasil, no ano de 1999 é consolidada a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência por meio do Decreto nº 3298, de 20 de dezembro, o qual

regulamentou a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989. Segundo a legislação, considerava-se:

I - Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - Deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - Incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1999)

Nesta perspectiva, a deficiência deveria ser tratada e corrigida, sendo que o indivíduo deveria receber uma intervenção do profissional de saúde afim de “resolver” o “problema”, de forma a adequá-lo ao modo como a sociedade é construída e organizada. Essa percepção foi base para um sistema assistencialista, de cunho paternalista e excludente, no qual reconhecia de forma insuficiente a autonomia e dignidade das pessoas com deficiência enquanto sujeito de direitos.

Vale ressaltar o processo de luta em busca de reconhecimento quanto pessoa desse público. Até a década de 80 usavam-se termos depreciativos, tais como, “aleijado e inválido”, para identificação dessas pessoas. Com o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência, estas passaram a ser chamadas de “Pessoa Deficiente”, como se antes não fossem consideradas pessoas. Passado até meados da década de 90 acrescentou-se o termo “portador”, sendo assim, “Portador de Deficiência”. Nesse período documentos como a Constituição Federal, leis e políticas incluíram essa expressão como nomes formais e que se encontram presentes em publicações que abordam esses documentos. Contudo, visto que a condição de portar não se aplicava adequadamente a pessoa que tem uma deficiência, por ser a deficiência uma condição inata ou adquirida, resolveu-se alterar mais uma vez (PAIVA, 2017).

Na busca de amenizar o termo deficiência, surgiu a expressão “pessoas com necessidades especiais”, porém questionada, uma vez que independente da condição da deficiência para uma pessoa possuir necessidades especiais. Finalmente, no princípio do século XXI, após debates mundiais é preconizado o termo “Pessoas com Deficiência” no qual foi usado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovado pela Assembleia

Geral da ONU em 2006. Este tornou-se o termo adotado para todas manifestações orais ou escritas, eleito pelas pessoas com deficiência até os dias atuais (PAIVA, 2017).

Salienta-se ainda estudo que apresentou algumas expressões específicas, aceitas por esta clientela, que vão de acordo com o comprometimento apresentado. Para as pessoas que possuem comprometimento visual, pessoa com deficiência visual ou cega. Já as pessoas com limitação motora se recusaram ser chamadas de pessoa com deficiência física e cadeirante, porém os pesquisadores apontaram como limitação do estudo que nem todos fazem uso da cadeira continuamente, e por isso a não aceitação do termo (PAGLIUCA, 2015). Aqueles com comprometimento auditivo, optam por serem chamados surdo, estes não se consideram deficientes, pois compreendem e interagem, exibem sua cultura através do uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), enquanto as que não pertencem a comunidade surda, são chamados de deficientes auditivos (BISOL, 2011)

Nesse percurso, logo após a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência de 2006, patrocinada pela ONU, realiza-se alteração concernente a definição da pessoa com deficiência atribuindo uma dimensão mais social e não mais algo próprio da pessoa:

Art. 2º - São consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015a).

Todavia, essa percepção dá lugar à ideia de que a exclusão vivida pelas pessoas com deficiência era, na verdade, provocada pela organização social contemporânea. Esta passou a ser entendida como resultado das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade, e não culpa individual daquele que tem a deficiência. A partir desse paradigma, a deficiência passa a ter uma cobertura maior, uma característica da condição humana como tantas outras (FERRAZ *et al.*, 2012).

Essa reorientação de perspectiva tem como referência o modelo social de deficiência. Esse modelo retira do indivíduo a condição desigual e diferente do outro e o coloca na condição de igualdade, na diversidade da vida social. O que significa dizer que a condição da vulnerabilidade que recai sobre a deficiência é transposta de uma condição biológica para a dimensão social, sendo sim as diversas barreiras impostas que podem invisibilizar a PcD de participar ativamente da vida cotidiana e não a deficiência em si (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017)

No que concerne a deficiência visual, ela pode ser entendida como a perda ou redução da capacidade visual, categorizadas respectivamente como cegueira e baixa visão ou visão subnormal, e podem ter causas congênitas, hereditárias ou adquiridas. Para estabelecer clinicamente as categorias supracitadas a Organização Mundial de Saúde (OMS) firma valores quantitativos de acuidade visual (WHO, 2019).

A cegueira corresponde a acuidade visual pior que 0,05 (20/400) no melhor olho ou Campo Visual menor que 10°. É uma situação irreversível em que há ausência total da capacidade funcional da visão, sem percepção visual da luz e da forma. Na condição de baixa visão ou visão subnormal o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é pior que 0,3 e melhor ou igual a 0,05 (20/400) ou seu campo visual menor que 20° no melhor olho com a melhor correção. Neste sentido, mesmo com uso de recursos ópticos não há correção da visão (GERMANO *et al*, 2019).

Quanto a deficiência auditiva, constitui-se uma perda unilateral ou bilateral, seja parcial ou total, da habilidade de ouvir. Esta é medida em decibéis (dB), através de um aparelho chamado audiograma que possui frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz (BRASIL, 2004). Nesse seguimento, conforme o comprometimento a OMS classifica em leve (26 a 40dB), moderada (41 a 70dB), severa (71 a 90dB) ou profunda (maior que 91dB). Para que um indivíduo seja considerado surdo ele deverá ter uma perda auditiva entre moderada a profunda na orelha que se tem melhor escuta (WHO, 2018).

A saúde auditiva como um todo se faz de extrema importância na construção das relações, pois permite que o ser humano se expanda através do intercâmbio de ideias e sentimentos, fazendo com que ele conquiste novos espaços. A condição contrária pode refletir em danos ao indivíduo no que concerne em sua dimensão social, familiar e de trabalho, sendo esta última dimensão para os casos em que a deficiência foi adquirida em fase adulta, o que pode comprometer, de forma geral, em sua qualidade de vida.

Em 2004, a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, pela Portaria n.º 2.073, de 28 de setembro, foi um marco importante direcionado à saúde auditiva, pois busca fornecer condições de acesso igualitário a toda população brasileira com deficiência auditiva. São ações que contemplam desde a atenção básica, de promoção, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos até a alta complexidade, como o fornecimento de recursos tecnológicos de amplificação sonora individual, o implante coclear e sistema de frequência modulada (BRASIL, 2004). Tais recursos são extremamente importantes e significativos, pois possibilita maior qualidade de vida e inserção social dessa clientela.

Entre o público com deficiência encontra-se também a pessoa com deficiência física/motora, que é aquela com alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, gerando disfunção física ou motora. Tal disfunção pode ser de natureza congênita ou adquirida e expressa sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparésia, 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 produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

Estes tipos de deficiência supracitados podem originar-se a partir de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas ou ainda de malformação, todavia, estudo aponta que entre as principais causas para a paraplegia, especificamente, estão os acidentes com veículos motorizados, quedas, violência, entre outros. Sabe-se ainda que a maior parte dessas pessoas acometidas são homens na faixa etária entre 16 e 30 anos (DISABLED WORLD, 2019).

A Política Nacional da Pessoa com Deficiência (2008), com finalidade de demarcar a complexa problemática sobre pessoas com deficiência no país, apresenta as deficiências mais abrangentes e frequentes, conforme categorização da OMS, isto é, PcD visual, auditiva, física e múltiplas deficiências. Ao se tratar de múltiplas deficiências constata-se que não há consenso na literatura quanto ao conceito. São discussões em nível nacional e internacional, devido autores considerarem que a deficiência primeira seja geradora de outras, enquanto outros afirmam ser uma associação entre duas ou mais deficiências, sendo elas, mental, visual, auditiva, física (BRASIL, 2016; PLETSCHE, 2015; ROCHA; PLETSCHE, 2018).

Por outro lado, há ainda outros que sustentam que não se deve conceber a ideia de somatório das deficiências, contudo de limitações marcantes referentes aos domínios cognitivos, possibilidades funcionais, de comunicação, interação social e de aprendizagem que irá impactar na vida do indivíduo (BRUNO, 2009).

Independentemente do tipo de deficiência apresentada, seja auditiva, motora ou visual, todas essas pessoas encaram barreiras de acessibilidade tanto na busca de sua inserção e participação plena na sociedade, quanto na utilização de um serviço de saúde. Essas barreiras são de ordem institucionais, atitudinais, comunicacionais e arquitetônicas, sobretudo na abrangência dos espaços de cuidados à saúde (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Ao se reportar as barreiras comunicacionais, pode-se dizer que pessoas com deficiência visual e auditiva são mais prejudicadas comparadas as demais que são acometidas por outras deficiências. Quanto as deficiências visuais, há escassez de informações apropriadas

para cegos ou baixa visão, ou seja, de materiais acessíveis. Já no caso dos auditivos, uma das formas de comunicação utilizada e mais comum é o método da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), porém ainda há o grande entrave de que o indivíduo esteja habilitado nessa língua, pois a grande maioria da população desconhece-a, inclusive os profissionais da saúde, o que dificulta a efetivação do processo comunicacional (ARAÚJO *et al.*, 2018).

### **3.2 Cenário do setor saúde nos Países Lusófonos e as práticas do cuidado em enfermagem**

A saúde é um direito humano fundamental, contudo parte da população mundial ainda se encontra privada deste. Atribui-se essa privação às desigualdades advindas das injustiças sociais. No continente africano, por exemplo, onde estão localizadas a maior parcela dos países lusófonos, tais como, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe vivem milhões de pessoas em situação de miséria e privação das condições mínimas para viver, ocupando espaços extremamente insalubres, localizados em áreas urbanas e rurais e sem nenhum acesso a serviços ou profissionais de saúde (LAPÃO; DUSSAULT, 2020).

A situação de vulnerabilidade é ainda maior nesses países quando se refere a população com deficiência. Nos países africanos, o perfil das pessoas com deficiência predomina a baixa escolaridade, alimentação escassa e condições precárias de moradia e saneamento, e são maioria de mulheres, idosos, crianças e adultos pobres. Geralmente esse público não acessa os cuidados de saúde necessários, o que decorre da ausência de sistemas públicos de saúde que lhe assegurem o acesso, sendo que cerca de metade da população de pessoas com deficiência não tem condições de pagar por qualquer serviço de saúde (WHO-AFRO, 2020).

Neste cenário, as dificuldades comuns e interesses compartilhados para enfrentamento criou redes de apoio e solidariedade entre os países a partir de acordos de cooperação internacional. Seguramente a criação das cooperações internacionais passou a ser uma das estratégias mais importantes na busca pela meta de cobertura universal à saúde das pessoas com e sem deficiência, estabelecida entre os países membros da Organização das Nações Unidas em 2012, uma vez que não é possível alcançá-la sem que os países tenham recursos humanos suficientes e qualificados (LAPÃO; DUSSAULT, 2020).

O Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, é um dos principais propagadores da cooperação técnica internacional, inclusive em saúde, tendo entre as linhas de prioridade, uma de cooperação técnica internacional com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa

(CPLP). O país teve no ano de 2002 sua primeira experiência com a distribuição de medicamentos antirretrovirais (ARVs) desenvolvidos por laboratórios públicos brasileiros, além da capacitação de profissionais para realizar o manejo clínico e gerência da oferta de medicamentos. Atualmente a cooperação em saúde no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) permanece conservada, havendo até ampliação para algumas realidades, mesmo diante das dificuldades econômicas sofridas pelo Brasil como também das transições ocorridas no nível de gestão nos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores (QUEIROZ, 2018).

Com o início das ações de cooperação no setor saúde são introduzidas também as reformas de fortalecimento da Atenção Básica à Saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) como Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, tendo como a principal finalidade adotar melhorias na qualidade e equidade do acesso aos serviços de saúde. Para isso, reformularam medidas de forma que houvesse uma distribuição de recursos financeiros e humanos mais equânimes (WHO, 2010).

Sobre o papel da atenção básica na qualificação do acesso à saúde das pessoas com deficiência, estudo evidenciou que Cabo Verde apresenta carência em serviços de atendimento na atenção básica aos núcleos familiares que lidam com um ente com transtorno mental (MONIZ et al., 2020). Outro estudo, no Timor Leste, identificou a exclusão social vivenciada por pessoas com transtorno mental (HALL *et al.*, 2019). Ambas as pesquisas propõem o apoio dos profissionais de saúde às famílias no processo de cuidado. Nesse sentido, tal fato implica, a importância do fortalecimento da atenção básica, bem como a centralidade do papel da enfermeira em conhecer e aproximar-se das famílias, atuando através da escuta das dúvidas, dos medos, das preocupações e orientação sobre o transcurso da doença, como também na construção de mecanismos de enfrentamento e adaptação a suas condições de saúde.

No Brasil, a Atenção Básica compõe a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência com oferta de atenção primária em enfermagem e medicina, odontológico e multidisciplinar (BRASIL, 2012). A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família (eSF), enquanto a Unidade de Saúde da Família (USF) é composta minimamente por uma eSF.<sup>1</sup> Esta possui minimamente em sua composição o médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS) e técnico de enfermagem. Essas equipes

---

1 Devido a modificação recente e uso mais comum do termo UBS, inclusive ainda predominante como tipo de estabelecimento no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), optou-se pelo uso do termo UBS neste estudo, mas referindo sua conceituação sobre o que a PNAB descreve como USF.

possuem população adscrita de 2000 a 3500 pessoas, considerando as especificidades territoriais. Existe ainda a equipe de Atenção Primária (eAP), composta minimamente por médico e enfermeiro (BRASIL, 2017). Devido a modificação recente e uso mais comum do termo UBS, inclusive ainda predominante como tipo de estabelecimento no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), optou-se pelo uso do termo UBS neste estudo, mas referindo sua conceituação sobre o que a PNAB descreve como USF.

Citam-se ainda como possibilidade de composição das equipes da atenção básica, a Equipe de Saúde Bucal (eSB) e as equipes multiprofissionais, seja mantendo a tipologia Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou apenas cadastrando os profissionais no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe. As equipes multiprofissionais podem ser compostas pelas diversas categorias da saúde e atuam de forma integrada com as eSF (BRASIL, 2017).

Neste contexto, a enfermagem exerce papel fundamental na gestão da prestação de cuidados nos mais diversos cenários, desde a promoção à restauração da saúde, assegurando cuidados ao indivíduo, família e toda a comunidade (ALMEIDA; LOPES, 2019). O que as tornam imprescindíveis é o fato de atenderem as necessidades diárias essenciais de saúde da população em geral, sendo para alguns o primeiro e o único recurso de assistência na comunidade, inclusive para as pessoas com deficiência.

### **3.3 Geoprocessamento e Análise da Situação de saúde: uma prática de cuidado à PcD**

O uso de um suporte de informação apropriado é de extrema importância no apoio a tomadas de decisões, sobretudo quando se almeja efetuar uma avaliação, seja ela de progresso, desenvolvimento ou ainda de acompanhamento do impacto das atividades. O Sistema de Informação Geográfica (SIG), por exemplo, é uma das técnicas sugeridas pela Agenda 21 Global, empregada para avaliação e análise de dados (ONU, 1995).

Os SIG são softwares com capacidade de processar dados georreferenciados de grande complexidade, no qual são dispostos em um banco de dados, concedendo assim a implementação de análises espaciais e geração de informação por modelagem de superfícies, os mapas. Estes softwares possuem uma variedade de aplicações que podem ser utilizadas na saúde pública, como a produção de mapas e apoio na análise espacial de fenômenos, que auxiliam nas etapas de planejamento, supervisão e avaliação de ações em saúde (LOPES *et al.*, 2019).

Incorporado ao SIG está o Geoprocessamento, apresentado como esse conjunto de técnicas matemáticas e computacionais de processamento das informações de um determinado espaço geográfico. Neste sentido, sendo esta geotecnologia utilizada nas pesquisas em saúde, expande as possibilidades de estudiosos empregarem métodos inovadores por meio da informação espacial, agregando saúde ao ambiente. Dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reconhece e aponta como uma das tecnologias mais efetivas, que beneficia a saúde pública em seus processos de informação e tomada de decisão (PINA; SANTOS, 2000).

Na busca por difundir o Geoprocessamento em Saúde, o governo brasileiro veiculou uma série de livros com finalidade de habilitar e atualizar profissionais para a análise de mapas, redação cartográfica e o conhecimento estatístico espacial para compreensão dos processos socioespaciais latentes (BRASIL, 2006). O geoprocessamento empregado a questões de saúde pública favorece o mapeamento de doenças e avaliação das condições de riscos do território.

Nesse contexto, os mapas podem ser poderosos recursos para ABS, pois são ricas fontes de informações espaciais e geográficas, assim como de informações que favorecem a caracterização da população e comporta a visualização da distribuição espacial. Assim sendo, torna-se uma ferramenta primordial para rotina das UBS, uma vez que assiste na tomada de decisões relacionadas ao planejamento dos serviços de saúde e permite reparar a oferta de recursos. O uso dessa técnica favorece a execução de objetivos estabelecidos na Agenda 2030, no que se refere ao aperfeiçoamento do acesso aos serviços da ABS (ONU, 2015).

A análise espacial usa dados ambientais e socioeconômicos na identificação dos determinantes que incidem positivamente e negativamente sobre a saúde da população. No modelo dos determinantes sociais adotado pela OMS, os determinantes sociais em saúde estão dispostos em determinantes intermediários e estruturais que se relacionam entre si e incidem sobre a saúde. Os intermediários incluem os fatores materiais, psicossociais, comportamentais e biológicos, enquanto os estruturais dizem respeito aos fatores do contexto socioeconômico e político. Os determinantes estruturais operam através dos determinantes intermediários e estes, por sua vez, operam moldando os resultados de saúde. Os determinantes das iniquidades em saúde são estruturais. Estes incidem sobre os determinantes intermediários que recaem diretamente sobre a situação de saúde (GARBOIS; DALBELLO-ARAÚJO, 2017)

O uso de mapeamento na pesquisa em saúde contempla também uma das dimensões na Análise da Situação de Saúde (ASIS), sendo que esta ferramenta permite uma visão dos fatores epidemiológicos do processo de saúde e doença, incluindo a visão das condições de

vida, das condições de habitação, fatores demográficos, socioeconômicos, ambientais, bem como de cobertura e acesso aos serviços de saúde (BONIFÁCIO; LOPES *et al*, 2019).

Nessa perspectiva, Oliveira e O'Neill (2016) colocam que a saúde no Brasil apresenta uma configuração espacial iníqua e desigual, que favorece grupos sociais e lugares, afetando o acesso à saúde de grupos mais vulneráveis. Assim, o uso de tais ferramentas pode contribuir na identificação de grupos populacionais e suas vulnerabilidades e que, portanto, apontam maior atenção das ações de saúde, seja preventiva, curativa ou de promoção da saúde. Um aliado dos serviços de saúde na resposta às necessidades de saúde de seu território (BAIA; CONDE, G.A.B; CONDE, V.M.G, 2019)

Destaca-se que a ASIS se refere a um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os agravos e problemas de saúde, assim como seus determinantes. Facilita o levantamento das demandas de saúde, como também permite a identificação de intervenções e programas adequados e a avaliação do seu impacto na saúde, de forma a subsidiar a tomada de decisão e qualificar as ações pelas equipes (OPAS, 1999). No planejamento na área de saúde pode favorecer na reorganização dos serviços, de forma a diminuir as desigualdades atualmente existente e promover a equidade das ações (OLIVEIRA; O'NEILL; SILVA, 2017).

E considerando, entre outros, a importância do planejamento na área de saúde, fundamentado nas ações de vigilância em saúde, em 2018 a Resolução nº 588 de 12 de julho instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde, trazendo a análise de situação de saúde como atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde, as quais inclui ações de monitoramento contínuo da situação de saúde, a partir de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente. Assim, os dados levantados revelam os problemas e necessidades da população que afetam uma determinada região ou público, contribuindo para a compreensão da situação sanitária da população e/ou comunidade.

## 4 MÉTODO

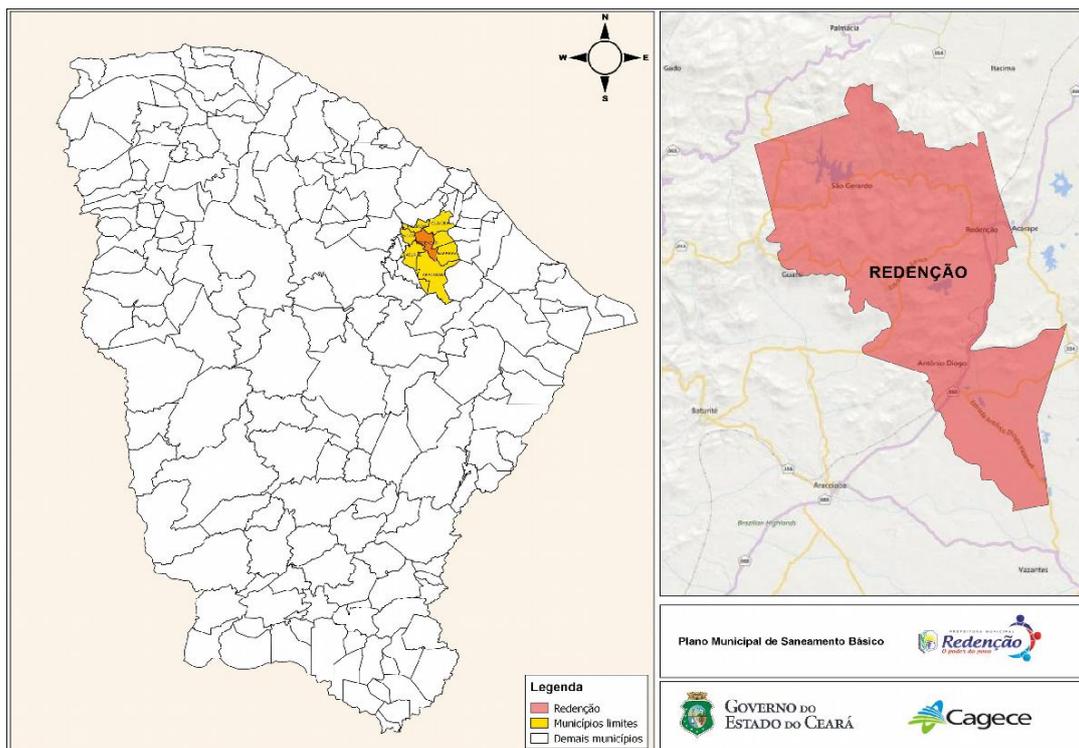
### 4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um Ecológico, transversal de análise espacial.

### 4.2 Local e período do Estudo

O município de Redenção está localizado na microrregião do Maciço de Baturité, no centro-norte do interior do Estado do Ceará, Brasil. Integra a 3ª Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Maracanaú. Seu território é constituído por cinco distritos, os quais seguem em ordem de concentração populacional: Redenção-Sede, Antônio Diogo, Guassi, Barra Nova e Faísca. A população total é de 26 426 mil pessoas, sendo 13.293 mulheres e 13.122 homens e vivendo 15 142 mil na zona urbana e 11 218 mil na zona rural (IBGE, 2010).

**Figura 1 - Mapa de localização do município de Redenção - CE.**



Fonte: IBGE, 2010; BING MAPS, 2016 (modificados).

Elaborado por: Gerência de Concessão e Regulação (GECOR) – CAGECE – Junho/2016

Assim, o estudo foi desenvolvido durante o período de dezembro de 2020 a abril de 2021 em todas as 14 Unidades Básicas de Saúde do município. Estas distribuídas nos distritos da seguinte forma: Redenção Sede (Sede I, Sede II, Outeiro, Boa Fé e Manoel Dias); Antônio Diogo (Frei Agostinho, Joana Régis I, Joana Régis II, Urucuzal e Currais); Guassi (Canadá e Guassi); Barra Nova (Barra Nova); Faísca (Olho D'Água dos Constantinos). Cada UBS composta por uma equipe.

### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por pessoas com deficiência auditiva, física e visual cadastradas e residentes nas localidades assistidas pelas unidades de saúde da Atenção Básica do município de Redenção-CE.

Conforme último censo realizado no país e baseado nas recomendações da Nota técnica 01/2018 do IBGE, referente recálculo dos dados de pessoas com deficiência, no município de Redenção residem 393 pessoas com deficiência auditiva, sendo que 43 não conseguem ouvir de modo algum e 350 tem grande dificuldade. Já com deficiência motora correspondem a 1126, sendo que 110 não consegue se locomover de modo algum e 1026 tem grande dificuldade. E por fim, 1.371 com deficiência visual, destas, 128 não enxergam de modo algum e 1.243 apresentam grande dificuldade (IBGE, 2010; IBGE, 2018).

Dessa forma, alcançou-se uma amostra de 250 PcD utilizando o tipo de amostragem não probabilística através da técnica ‘*Snowball*’ ou ‘Bola de Neve’ na qual se cria uma rede de referência, onde um sujeito participante do processo indica um outro. Essa amostragem é utilizada na inexistência de um cadastro de informações ou de certas populações de difíceis acesso (FÁVERO; BELFIORE, 2017). A técnica foi empregada até que ocorresse um “ponto de saturação”, ou seja, até quando não houve mais nenhuma pessoa a ser referenciada.

População(N) e Amostra(n) estudada

<b>PcD Física</b> (N)	<b>PcD Física</b> (n)	<b>PcD Visual</b> (N)	<b>PcD Visual</b> (n)	<b>PcD Auditiva</b> (N)	<b>PcD Auditiva</b> (n)
1126	149	1371	69	393	32

Foram excluídas do estudo pessoas com múltiplas deficiências. Para fins deste estudo, foi utilizado o conceito de múltipla deficiência como associação de duas ou mais

deficiências que afetem em maior ou menor intensidade o funcionamento individual e social do indivíduo (BRASIL, 2016).

#### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados deu-se mediante três etapas. Na primeira etapa realizou-se contato telefônico e envio de projeto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e coordenação da ABS, via de acesso às UBS e ACS para agendamento de encontros presenciais na intenção de apresentação da proposta do estudo e conseqüentemente sua autorização. O espaço foi previamente reservado e acordado com os participantes, realizado separadamente com cada equipe de saúde. Na data prevista, além da exposição do projeto, foi feito também o convite aos ACS para colaborar na segunda etapa da pesquisa.

Cabe ressaltar que a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) por meio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e Programa de Bolsa de Extensão e Ação Comunitária (PIBEAC) de dezembro de 2019 a maio de 2020 ofertou uma capacitação para 13 ACS da Sede I, II, Boa Fé e Itapaí sobre Pessoa com Deficiência Visual, Inclusão, Tecnologia Assistiva e Acessibilidade. A referida capacitação contou com uma carga horária de 40 horas, sendo 4h de teoria, em que foi abordado sobre conceitos da pessoa com deficiência, acessibilidade, inclusão e tecnologia assistiva e 36h de prática que consistiu em busca ativa através de visitas as residências das PcD visual da área de cobertura de cada ACS (BARBOZA, 2020).

Esta formação inicial foi de extrema relevância para atual fase do estudo, pois permitiu que os ACS do centro pudessem identificar e apontar mais agilmente as pessoas com deficiência auditiva, física e visual de suas respectivas áreas.

Quanto aos ACS das demais UBS que não tiveram acesso a capacitação, durante o momento presencial, em que foi apresentado projeto e realizado convite de participação, foi feito pela pesquisadora uma breve explanação sobre a temática de PcD, principalmente quanto aos tipos de deficiência e respectivos conceitos. Cada pergunta realizada pelos ACS era feita em voz alta, pois havia possibilidade que a dúvida de um fosse a do outro e assim aos poucos ia sendo fixado o aprendizado e sanado suas inseguranças. Logo em seguida mais convictos informavam a totalidade e endereços de PcD auditiva, motora e visual de suas áreas de cobertura.

Cabe salientar que, em virtude do estado de emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, durante as etapas foram observadas todas as medidas de prevenção ao novo coronavírus, a fim de reduzir os riscos de contágio tanto da pesquisadora, quanto dos participantes. Entre as medidas, na primeira etapa ressalta-se: a coleta só foi realizada pela pesquisadora quando estava na ausência de qualquer sintomas comuns a COVID-19, como sintomas gripais e febre; o espaço selecionado para os encontros foram abertos e arejados, sendo assegurado a higienização do ambiente antes e depois da atividade; a participação somente ocorreu com uso de máscara, inclusive sendo disponibilizado pela pesquisadora nos caso em que os participantes não portavam; realizado orientação quanto a higienização das mãos com álcool em gel a 70% sobretudo na chegada e saída, sendo ofertado o produto na entrada e em outros pontos estratégicos da sala; preservação do distanciamento mínimo de metros entre as cadeiras, conforme orientação da World Health Organization (WHO, 2020).

Ainda, a pesquisadora realizou convite aos participantes de um grupo de pesquisa da UNILAB que estuda a temática de Pessoas com Deficiência para contribuir no desenvolvimento da pesquisa em sua segunda etapa, correspondente a coleta de dados. Aos que aderiram ao convite, embora já trabalhassem com a temática foi ofertado espaço para capacitação realizada por videoconferência na Plataforma Google Meet. A capacitação fundamentou-se no manual “Acessibilidade e Pessoas com Deficiência”, que trata sobre a PcD, perspectiva histórica e cultural, acessibilidade e inclusão escolar de PcD (LIMA, 2018). Para o referido momento foi utilizado informações gerais, tais como conceitos relacionados a temática como, PcD, exclusão, segregação, tipos de deficiência, desenho universal, tecnologia assistiva, classificação da acessibilidade, exceto o trecho que aborda a inclusão escolar. Os participantes tiveram 15 dias para estudo do material antes da videoconferência. Durante a capacitação foi discutido sobre o conteúdo do manual, realizado treinamento para preenchimento de instrumento e de manuseio do aparelho de GPS que foi utilizado na pesquisa.

Na segunda etapa, foi realizada a busca das residências de pessoas com deficiência auditiva, física e visual, domiciliadas nas áreas de cobertura das equipes de saúde. Boa parte das visitas foram realizadas em acompanhamento com o ACS da UBS pesquisada. Nas visitas realizadas com o ACS, antecipadamente, a pesquisadora agendava data e horário para que o profissional também pudesse comunicar a PcD que iria receber a visita. Quanto ao local de encontro optou-se pela UBS, pois assim já se realizava a coleta com GPS das coordenadas geográficas do Serviço de Saúde. Na data prevista ACS e pesquisadora reuniam-se e se deslocavam até a residência por vezes em carro próprio, quando se tinha uma estrada com

acesso, e inúmeras vezes, o percurso era feito a pé, devido as condições do caminho, principalmente nas UBS situadas nas serras e zona rural.

Ao chegar as residências, o ACS apresentava a pesquisadora, em seguida dava-se início a explicação do projeto com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pela pesquisadora. Estes termos foram disponibilizados em papel para coleta de assinatura de todos os participantes. Para quem não conseguia assinar ou não era alfabetizado, foi reservado espaço no TCLE para registro da impressão digital. Para PcD visual e auditiva esse momento ocorreu na presença de familiar ou cuidador que auxiliaram nesta fase. Logo a seguir, leitura do instrumento de coleta de dados sobre perfil e situação de saúde.

Foi utilizado formulário (APÊNCIDE A) para coletar informações referentes ao perfil sociodemográfico e situação de saúde de Pessoas com deficiência auditiva, motora e visual. O instrumento foi construído pela autora do estudo tendo como base principal o material instrucional sobre Análise de Situação de Saúde produzido pelo Ministério da Saúde e o capítulo Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, contido no livro da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), intitulado como: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial (BRASIL, 2015b; CARVALHO, 2013). Além destes referenciais teóricos, utilizou-se artigos científicos que tratassem sobre as temáticas de situação de saúde, determinantes e condicionantes.

O instrumento foi desenvolvido por questões fechadas e subdivido em cinco tópicos: Dados sociodemográfico e econômico, Condições de moradia, Identificação e Classificação da deficiência, Perfil e condições de Saúde e Acesso e utilização dos serviços da Atenção Básica.

Para dados sociodemográfico e econômico constavam informações sobre idade, cor, sexo, situação conjugal, escolaridade, ocupação, quantitativo de pessoas que moram na residência, com quem mora, renda individual e familiar. No tópico Condições de moradia, estava incluso distrito pertencente, zona (urbana/rural), cobertura de redes de abastecimento da água, cobertura de esgotamento sanitário e cobertura de coleta de lixo.

No tópico Identificação e Classificação da deficiência continha o tipo de deficiência, causa da deficiência, se adquirida, há quanto tempo. Já no Perfil e condições de Saúde, perguntas referentes a prática de atividade, uso de bebida alcóolica, fumante, acometimento por possíveis doenças ou problemas de saúde. E no último tópico, Acesso e utilização dos serviços da Atenção Básica questões relacionadas a acesso aos serviços de saúde,

meio de transporte utilizado, participação em programa de saúde, recebimento de visitas domiciliares dos profissionais do posto de saúde entre outras.

As informações georreferenciadas foram obtidas a partir de receptor de sinal, o Sistema de Posicionamento Global (GPS) Garmin eTrex 10, a partir do posicionamento e navegação sob a área e localização das coordenadas geográficas por latitude e longitude, sendo assim, considera-se um segundo instrumento utilizado para coleta de dados.

Para PcD auditiva, embora previsto, a coleta de dados acompanhada por profissional intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) nos casos de PcD auditiva alfabetizadas na língua não foi possível devido a determinações de trabalho remoto para estes profissionais no período pandêmico. Dos participantes com deficiência auditiva apenas dois comunicavam-se por LIBRAS, então para coleta de dados desses e dos demais que não dialogavam por essa língua obteve-se auxílio de pessoas que conviviam, sendo elas familiares e/ou cuidadores, as quais mediarão a comunicação com o participante no preenchimento do instrumento.

Finalmente com o receptor de sinal, Sistema de Posicionamento Global (GPS) Garmin eTrex 10 em mãos, era registrado as coordenadas geográficas das residências. Realizando assim o mapeamento das áreas a partir do posicionamento e navegação sob a área e localização das coordenadas geográficas por latitude e longitude. As áreas levantadas correspondem tanto aos endereços dos participantes desta pesquisa, quanto as coordenadas das unidades de saúde da Atenção Básica de seus respectivos territórios adscritos.

Nesta etapa, as medidas de prevenção ao novo coronavírus foram: a coleta só foi realizada pela pesquisadora quando esta estava na ausência de qualquer sintoma comum a COVID-19, como sintomas gripais e febre; buscou-se a realização da coleta em espaço aberto e/ou arejado, assegurando a manutenção da distância mínima de 1 metro entre pesquisadora e participante; uso de máscara cirúrgica pela pesquisadora e orientação quanto ao uso da máscara pelos participantes durante o processo da coleta, sendo que a pesquisadora disponibilizou o material a estes; higienização das mãos com álcool em gel a 70% antes e depois de assinatura do TCLE, sendo que o produto foi fornecido pela pesquisadora; além da limpeza da sola dos sapatos da pesquisadora na entrada e saída de cada coleta, borrifando-se álcool a 70% líquido.

Na última etapa, os dados coletados foram integrados e analisados, realizando-se a distribuição espacial para conhecimento da localidade, perfil e situação de saúde deste público em cada UBS e região para apresentação das Unidades de Saúde da AB e gestão (Secretaria de Saúde).

#### **4.5 Organização e análise dos dados univariada do processamento geral de PcD**

Os dados descritivos coletados por meio do formulário foram transcritos em uma planilha do programa Excel do *Windows XP* Profissional e depois organizados em tabelas e gráficos. Os dados quantitativos foram processados no programa Epi Info versão 7 e analisados por meio de estatística descritiva apropriada.

Os arquivos dos dados georreferenciados coletados pelo GPS foram descarregados no computador, fornecendo a localização dos pontos georreferenciados. Os arquivos foram tratados inicialmente pelo programa Google Earth Pro, sendo transformados em malhas. Para o mapeamento das Pessoas com Deficiência, realizou-se a associação das coordenadas levantadas com a das suas UBS de referência. Para análise espacial utilizou-se o software livre Google Earth Pro e ArcGis 10.0. Assim, as coordenadas obtidas foram georreferenciados em mapas em associação com malha do município obtida no sistema de base cartográfica do IBGE.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Número do Parecer: 4.384.493 e CAEE n. 39270220.0.0000.5576. Seguiu os aspectos ético-legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) concernente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Termo de Assentimento que foi disponibilizado aos participantes para registrar sua anuência a participação legal no estudo, com o esclarecimento do objetivo do trabalho, vantagens e possíveis riscos.

O estudo não apresentou riscos diretos (físicos) à saúde dos participantes, mas pôde apresentar constrangimento ao responder aos questionamentos do instrumento, porém foram minimizados esses riscos dando-lhes oportunidade de preenchimento individual.

Os benefícios presentes neste estudo superam os riscos ao contribuir no conhecimento da situação de saúde e perfil de Pessoas com Deficiência da região, pois proporcionará aos demais profissionais da Unidade Básica elaborar e ajustar pesquisas para identificação direta das demandas e proporcionar atividades de autocuidado e qualidade de vida (Promoção da Saúde) de maneira apontada, conduzida, focada e efetiva.

## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados na sequência. Foram consolidados de forma descritiva, em tabelas, gráficos e mapas. Primeiramente descreve-se o perfil de toda amostra e logo após por tipo de deficiência, seguindo com os dados sociodemográficos e econômicos, as condições de moradia e identificação das condições de saúde. E por fim, a distribuição espacial de Pessoas com Deficiência (auditiva, motora e visual) por UBS no município de Redenção/CE e dados de acesso e utilização dos serviços da atenção básica.

Identificou-se 250 Pessoas com Deficiência, sendo 149 (59,6%) com deficiência física, 69 (27,6%) com deficiência visual e 32 (12,8%) com deficiência auditiva, nas 14 UBS do município supracitado. Cabe ressaltar que 7 pessoas foram convidadas a participar e não aceitaram. Destas, 2 com deficiência auditiva, 4 com deficiência física e 1 com deficiência visual. Segue abaixo o perfil dos participantes.

Na tabela 1, consta o perfil sociodemográfico e econômico de Pessoas com Deficiência auditiva, física e visual.

**TABELA 1: Perfil Sociodemográfico e econômico de Pessoas com Deficiência auditiva, física e visual do município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

Variáveis	N	%	IC (95%)
<b>Faixa etária</b>			
Até 59 anos	123	49,20%	42,84% - 55,57%
60 anos ou mais	127	50,80%	44,43% - 57,16%
<b>Cor/Etnia</b>			
Branco	56	22,40%	17,39% - 28,08%
Não branco	194	77,60%	71,92% - 82,61%
<b>Sexo</b>			
Masculino	147	58,80%	52,42% - 64,96%
Feminino	103	41,20%	35,04% - 47,58%
<b>Situação conjugal</b>			
Solteiro	69	27,60%	22,15% - 33,59%
Casado(a)/União consensual	112	44,80%	38,53% - 51,19%

Separado(a)	12	4,80%	2,50% - 8,23%
Viúvo(a)	57	22,80%	17,75% - 28,51%
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	102	40,80%	34,65% - 47,17%
Ens. Fundamental	116	46,40%	40,09% - 52,79%
Ens. Médio	24	9,60%	6,25% - 13,95%
Ens. Superior	6	2,40%	0,89% - 5,15%
Não se aplica	2	0,80%	0,10% - 2,86%
<b>Ocupação</b>			
Desempregado(a)	11	4,40%	2,22% - 7,74%
Estudante	4	1,60%	0,44% - 4,05%
Dono(a) de Casa	3	1,20%	0,25% - 3,47%
Agricultor(a)	8	3,20%	1,39% - 6,21%
Autônomo(a)	5	2,00%	0,65% - 4,61%
Trabalhador Assalariado	3	1,20%	0,25% - 3,47%
Beneficiário da Previdência Social*	215	86,00%	81,07% - 90,05%
Não se aplica	1	0,40%	0,01% - 2,21%
<b>Renda Individual</b>			
Menor ou igual a 1/2 salário-mínimo (SM)	25	10,00%	6,58% - 14,41%
Mais de 1/2 SM até 1	182	72,80%	66,83% - 78,22%
2 a 3 SM	42	16,80%	12,38% - 22,02%
4 ou mais SM	1	0,40%	0,01% - 2,21%
<b>Renda Familiar</b>			
Até 1 SM	89	35,60%	29,67% - 41,88%
Mais de 1 SM	161	64,40%	58,12% - 70,33%
<b>Com quem mora</b>			
Mora Sozinho	22	8,80%	5,60% - 13,02%

Parente de 1º grau	199	79,60%	74,07% - 84,42%
Parente de 2º grau	14	5,60%	3,10% - 9,22
Cuidador	15	6,00%	3,40% - 9,70%
<b>Quantas pessoas moram na casa</b>			
Mora sozinho	22	8,80%	5,60% - 13,02%
Duas pessoas	66	26,40%	21,05% - 32,32%
De três a cinco	144	57,60%	51,21% - 63,80%
Seis ou mais	18	7,20%	4,32% - 11,14%

Fonte: Dados da pesquisa

\*Aposentadoria, Pensão, Benefício de Prestação Continuada (BPC) etc.

\* Valor vigente (2021) do Salário-Mínimo (SM): R\$ 1.100,00.

De acordo com os dados, no que se trata as idades dos sujeitos houve uma predominância de idosos de 60 anos ou mais (50,8%), não brancos (77,6%), do sexo masculino (58,8%) e casados/união estável (44,8%). O maior número cursou até o ensino fundamental (46,4%), mas os dados apresentam expressivo índice de analfabetos (40,80%) e ensino superior de apenas (2,4%). No que se refere a ocupação dos sujeitos a quase totalidade são beneficiários da Previdência Social (86,0%) e possuem renda individual de mais de ½ SM até 1(72,8%) e renda familiar de mais de 1 SM (64,4%). Residem com parentes de 1º grau (79,6%) com um arranjo domiciliar de três a cinco pessoas (57,60%).

Nas tabelas, a seguir, 2, 3 e 4, apresenta-se o perfil sociodemográfico e econômico estratificado por tipo de deficiência.

**TABELA 2: Perfil Sociodemográfico e econômico de Pessoas com Deficiência Auditiva do município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

Variáveis	N	%	IC (95%)
<b>Faixa etária</b>			
Até 59 anos	17	53,13%	34,74% - 70,91%
60 anos ou mais	15	46,88%	29,09% - 65,26%
<b>Cor/Etnia</b>			
Branco	8	25,00%	11,46% - 43,40%
Não branco	24	75,00%	56,60% - 88,54%

**Sexo**

Masculino	13	40,63%	23,70% - 59,36%
Feminino	19	59,38%	40,64% - 76,30%

**Situação conjugal**

Solteiro	9	28,13%	13,75% - 46,75%
Casado(a)/União consensual	10	31,25%	16,12% - 50,01%
Separado(a)	2	6,25%	0,77% - 20,81%
Viúvo(a)	11	34,38%	18,57% - 53,19%

**Escolaridade**

Analfabeto	14	43,75%	26,36% - 62,34%
Ens. Fundamental	11	34,38%	18,57% - 53,19%
Ens. Médio	5	15,63%	5,28% - 32,79%
Ens. Superior	2	6,25%	0,77% - 20,81%

**Ocupação**

Desempregado(a)	1	3,13%	0,08% - 16,22%
Estudante	1	3,13%	0,08% - 16,22%
Agricultor(a)	2	6,25%	0,77% - 20,81%
Trabalhador Assalariado	1	3,13%	0,08% - 16,22%
Beneficiário da Previdência Social*	27	84,34%	67,21% - 94,72%

**Renda Individual**

Menor ou igual a 1/2 salário-mínimo (SM)	3	9,38%	1,98% - 25,02%
Mais de 1/2 salário até 1	24	75,00%	56,60% - 88,54%
2 a 3 SM	4	12,50%	3,51% - 28,99%
4 ou mais SM	1	3,13%	0,08% - 16,22%

**Renda Familiar**

Até 1 SM	16	50,00%	31,89% - 68,11%
Mais de 1 SM	16	50,00%	31,89% - 68,11%

**Com quem mora**

Mora Sozinho	4	12,50%	3,51% - 28,99%
Parente de 1º grau	27	84,38%	67,21% - 94,72%
Cuidador	1	3,13%	0,08% - 16,22%

**Quantas pessoas moram na casa**

Mora sozinho	4	12,50%	13,51% - 28,99%
--------------	---	--------	-----------------

Duas pessoas	8	25,00%	11,46% - 43,40%
De três a cinco	18	56,25%	37,66% - 73,64%
Seis ou mais	2	6,25%	0,77% - 20,81%

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados da tabela 2, revela o perfil de PcD auditiva, em que predomina faixa etária de até 59 anos (53,13%), não brancos (75,00%), do sexo feminino (59,38%), viúva (34,38%), analfabeta (43,75%), beneficiária da Previdência Social (84,34%) com renda individual de até ½ até 1SM (75%) e índice proporcional de renda familiar entre as que recebem até 1SM (50,00%) e entre as que recebem mais de 1SM (50,00%). Habitam com parentes de primeiro grau (84,38%) e arranjo familiar de três a cinco pessoas (56,25%).

**TABELA 3: Perfil Sociodemográficos e econômico de Pessoas com Deficiência Física do município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

Variáveis	N	%	IC (95%)
<b>Faixa etária</b>			
Até 59 anos	77	51,68%	43,36% - 59,93%
60 anos ou mais	72	48,32%	40,07% - 56,64%
<b>Cor/Etnia</b>			
Branco	38	25,50%	18,72% - 33,28%
Não branco	111	74,50%	66,72% - 81,28%
<b>Sexo</b>			
Masculino	93	62,42%	54,12% - 70,21%
Feminino	56	37,58%	29,79% - 45,88%
<b>Situação conjugal</b>			
Solteiro	43	28,86%	21,74% - 36,84%
Casado(a)/União consensual	72	48,32%	40,07% - 56,64%
Separado(a)	5	3,36%	1,10% - 7,66%
Viúvo(a)	29	19,46%	13,44% - 26,74%
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	60	40,27%	32,32% - 48,61%
Ens. Fundamental	72	48,32%	40,07% - 56,64%
Ens. Médio	13	8,72%	4,73% - 14,46%
Ens. Superior	3	2,01%	0,42% - 5,77%

Não se aplica	1	2,01%	0,02% - 3,68%
<b>Ocupação</b>			
Desempregado(a)	7	4,70%	1,91% - 9,44%
Dono(a) de casa	2	1,34%	0,16% - 4,76%
Agricultor(a)	3	2,01%	0,42% - 5,77%
Autônomo	3	2,01%	0,42% - 5,77%
Trabalhador Assalariado	2	1,34%	0,16% - 4,76%
Beneficiário da Previdência Social*	132	88,59%	82,36% - 93,21%
<b>Renda Individual</b>			
Menor ou igual a 1/2 salário-mínimo (SM)	12	8,05%	4,23% - 13,65%
Mais de 1/2 salário até 1	113	75,84%	68,15% - 82,47%
2 a 3 SM	24	16,11%	10,60% - 23,01%
<b>Renda Familiar</b>			
Até 1 SM	53	35,57%	27,91% - 43,82%
Mais de 1 SM	96	64,43%	56,18% - 72,09%
<b>Com quem mora</b>			
Mora Sozinho	12	8,05%	4,23% - 13,65%
Parente de 1º grau	113	75,84%	68,15% - 82,47%
Parente de 2º grau	10	6,71%	3,27% - 12,00%
Cuidador	14	9,40%	5,23% - 15,26%
<b>Quantas pessoas moram na casa</b>			
Mora sozinho	12	8,05%	4,23% - 13,65%
Duas pessoas	43	28,86%	21,74% - 36,84%
De três a cinco	84	56,38%	48,02% - 64,47%
Seis ou mais	10	6,71%	3,27% - 12,00%

---

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme resultados da tabela 3, o perfil de PcD física é caracterizado por idade de até 59 anos (51,68%), não brancos (74,50%), do sexo masculino (62,42%), casados (48,32%) que cursaram o Ensino Fundamental (48,32%). Majoritariamente beneficiários da Previdência Social (88,59%), com renda individual de ½ até 1SM (75,84%) e familiar de mais de 1SM (64,43%). Residem com parentes de primeiro grau (75,84%) e arranjo familiar em média de três a cinco pessoas (56,38%).

**TABELA 4: Perfil Sociodemográficos e econômico de Pessoas com Deficiência Visual do município de Redenção/CE, Brasil, 2021**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Faixa etária</b>			
Até 59 anos	29	42,03%	30,24% - 54,52%
60 anos ou mais	40	57,97%	45,48% - 69,76%
<b>Cor/Etnia</b>			
Branco	10	14,49%	7,17% - 25,04%
Não branco	59	85,51%	74,96% - 92,83%
<b>Sexo</b>			
Masculino	41	59,42%	46,92% - 71,09%
Feminino	28	40,58%	28,91% - 53,08%
<b>Situação conjugal</b>			
Solteiro	17	24,64%	15,05% - 36,49%
Casado(a)/União consensual	30	43,48%	31,58% - 55,96%
Separado(a)	5	7,25%	2,39% - 16,11%
Viúvo(a)	17	24,64%	15,05% - 36,49%
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	28	40,58%	28,91% - 53,08%
Ens. Fundamental	33	47,83%	35,65% - 60,20%
Ens. Médio	6	8,70%	3,26% - 17,97%
Ens. Superior	1	1,45%	0,04% - 7,81%
Não se aplica	1	1,45%	0,04% - 7,81%
<b>Ocupação</b>			
Desempregado(a)	3	4,35%	0,91% - 12,18%
Estudante	3	4,35%	0,91% - 12,18%
Agricultor(a)	1	1,45%	0,04% - 7,81%
Autônomo(a)	3	4,35%	0,91% - 12,18%
Trabalhador Assalariado	2	2,90%	0,35% - 10,08%
Beneficiário da Previdência Social*	56	81,16%	69,94% - 89,57%
Não se aplica	1	1,45%	0,04% - 7,81%
<b>Renda Individual</b>			
Menor ou igual a 1/2 salário-mínimo (SM)	10	14,49%	7,17% - 25,04%

Mais de 1/2 salário até 1	45	65,22%	52,79% - 76,29%
2 a 3 SM	14	20,29%	11,56% - 31,69%
<b>Renda Familiar</b>			
Até 1 SM	20	28,99%	18,69% - 41,16%
Mais de 1 SM	49	71,01%	58,84% - 81,31%
<b>Com quem mora</b>			
Mora Sozinho	6	8,70%	3,26% - 17,97%
Parente de 1º grau	59	85,51%	74,96% - 92,83%
Parente de 2º grau	4	5,80%	1,60% - 14,18%
<b>Quantas pessoas moram na casa</b>			
Mora sozinho	6	8,70%	3,26% - 17,97%
Duas pessoas	15	21,74%	12,71% - 33,31%
De três a cinco	42	60,87%	48,37% - 72,40%
Seis ou mais	6	8,70%	3,26% - 17,97%

---

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com dados da tabela 4, reconhece-se o perfil de PcD visual com prevalência de idosos com 60 ou mais (57,97%), não brancos (85,51%), do sexo masculino (59,42%), casados (43,48%), que cursaram Ensino Fundamental (47,83%), beneficiários da Previdência Social (81,16%) com renda individual de ½ até 1SM (65,22%) e renda familiar de mais de 1 SM (71,01%). Moram com parentes de primeiro grau (85,51%) e arranjo familiar de três a cinco pessoas (60,87%).

O gráfico 1, mostra o comparativo de renda individual entre não beneficiários e beneficiários da Previdência Social de PcD auditiva, física e visual do município de Redenção-CE.

**Gráfico 1: Comparativo de renda individual entre não beneficiários e Beneficiários da Previdência Social de PcD auditiva, física e visual do município de Redenção-CE, Brasil.**



Fonte: dados da pesquisa

No gráfico 1, destaca-se que entre as PcD que não possuem como fonte de remuneração benefícios da Previdência Social há uma redução no valor da renda individual, sendo que 71% sobrevivem com menos de 1SM.

Na tabela 5, tem-se as condições de moradia de pessoas com deficiência no município de Redenção/CE.

**Tabela 5: Condições de moradia de pessoas com deficiência no município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

Variáveis	N	%	IC (95%)
<b>Zona Urbana</b>			
PcD Total	119	47,60%	41,27% - 53,99%
PcD Auditiva	15	46,88%	29,09% - 65,26%
PcD Física	76	51,01%	42,70% - 59,28%
PcD Visual	28	40,58%	28,91% - 53,08%
<b>Zona Rural</b>			
PcD Total	131	52,40%	46,01% - 58,73%
PcD Auditiva	17	53,13%	34,74% - 70,91%
PcD Física	73	48,99%	40,72% - 57,30%
PcD Visual	41	59,42%	46,92% - 71,09%
<b>Cobertura de abastecimento de água</b>			
Não	51	20,40%	15,58% - 25,93%
Sim	199	79,60%	74,07% - 84,42%

### Cobertura de esgotamento sanitário

Não	225	90,00%	85,59% - 93,42%
Sim	25	10,00%	6,58% - 14,41%

### Cobertura de coleta de lixo

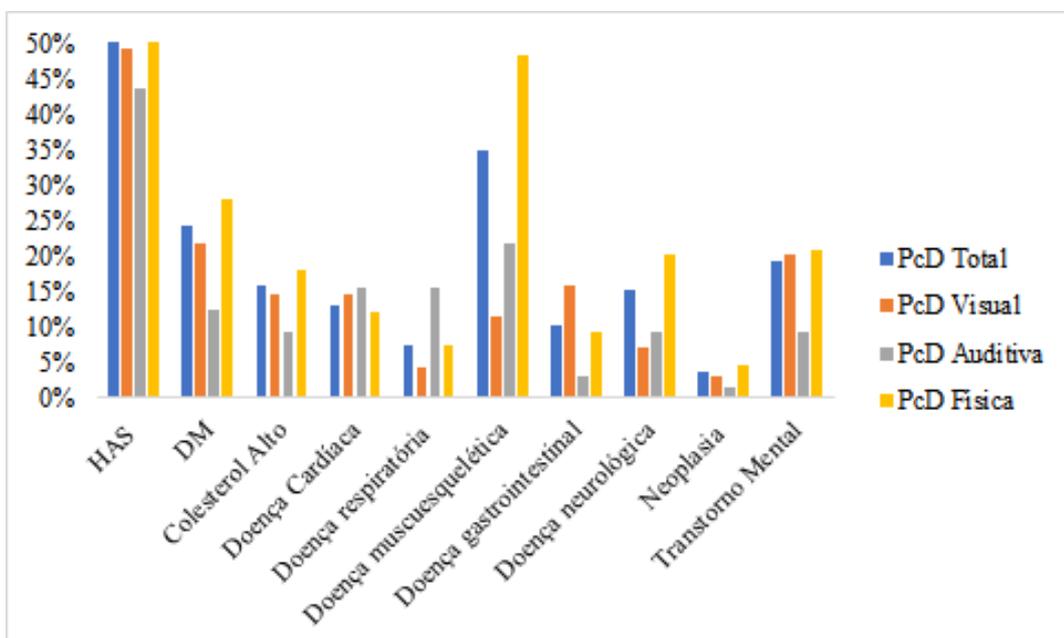
Não	64	25,60%	20,31% - 31,48%
Sim	186	74,40%	68,52% - 79,69%

Fonte: elaborada pela autora

Consoante a tabela 5, comparando-se o número de pessoas com deficiências morando na zona urbana e rural, evidencia-se a concentração de pessoas com deficiência vivendo na zona rural (52,40%). Ressalta-se que a urbana congrega o maior número de pessoas com deficiência física, 51,01%, enquanto a rural concentra o maior número de pessoas com deficiência auditiva e visual, 53,13% e 59,42% respectivamente. Nota-se com destaque a baixíssima cobertura de esgotamento sanitário (90,0%).

O gráfico 2 trata das principais doenças ou problemas de saúde que acometem às PcD auditiva, física, visual no município de Redenção/CE. Apresenta-se o percentual por totalidade dos participantes, bem como por tipo de deficiência. Ressalta-se que 78,80% (197) dos participantes referiram ter alguma doença ou problema de saúde.

**Gráfico 2: Percentual de doenças ou problemas de saúde em PcD auditiva, física e visual do município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**



Fonte: elaborado pela autora

No gráfico 1, observa-se que as doenças ou problemas de saúde que mais acometem as pessoas com deficiência foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM) e Transtorno Mental. Destaca-se também o percentual de doença musculoesquelética e doença neurológica em PcD física.

A tabela 6 mostra o acesso e utilização dos serviços da Atenção Básica por Pessoas com deficiência do município de Redenção/CE. Ressalta-se que o município possui 100% de cobertura da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (SAPS, 2021).

**Tabela 6: Acesso e utilização dos serviços da Atenção Básica por Pessoas com deficiência do município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

Variáveis	n	%	IC (95%)
<b>Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à UBS?</b>			
A pé	72	28,80%	23,27% - 34,84%
Transp. coletivo	9	3,60%	1,66% - 6,72%
Transp. fornecido pelo município	27	10,80%	7,24% - 15,32%
Transp. próprio (carro/moto/bicicleta)	83	33,20%	27,39% - 39,41%
Transp. fretado (carro/moto)	59	23,60%	18,48% - 29,36%
<b>Recebe visitas domiciliares do ACS?</b>			
Não	24	9,60%	6,25% - 13,95%
Sim	226	90,40%	86,05% - 93,75%
<b>Recebe visitas domiciliares de outros membros da equipe ESF?</b>			
Não	122	48,80%	42,45% - 55,18%
Sim	128	51,20%	44,82% - 57,55%
<b>Buscou à UBS</b>			
Nos últimos 6 meses	173	69,20%	63,07% - 74,86%
Mais de 6 meses a um ano	35	14,00%	9,95% - 18,93%
Mais de um ano	30	12,00%	8,24% - 16,69%
Nunca	12	4,80%	2,50% - 8,23%
<b>Em quais situações busca à UBS?</b>			
Doença ou agravo	203	81,20%	75,80% - 85,85%
Ações educativas	35	14,00%	9,95% - 18,93%
Nunca	12	4,80%	2,50% - 8,23%

**Participa de algum programa da atenção básica?**

Não	29	11,60%	7,91% - 16,23%
Sim	221	88,40%	83,77% - 92,09%

**Participa do programa da atenção básica hipertensão?**

Não	117	46,80%	40,49% - 53,19%
Sim	133	53,20%	46,81% - 59,51%

**Participa do programa da atenção básica imunização?**

Não	37	14,80%	10,64% - 19,82%
Sim	213	85,20%	80,18% - 89,36%

**Participa do programa da atenção básica saúde da mulher ou saúde do homem?**

Não	225	90,00%	85,59% - 93,42%
Sim	25	10,00%	6,58% - 14,41%

**Participa de algum outro programa da atenção básica não mencionado no instrumento**

Não	247	98,80%	96,53% - 99,75%
Sim	3	1,20%	0,25% - 3,47%

**Acesso a atendimento com profissionais da enfermagem na UBS?**

Não	39	15,60%	11,33% - 20,70%
Sim	211	84,40%	79,30% - 88,67%

**Acesso a atendimento com profissional médico na UBS?**

Não	22	8,80%	5,60% - 13,02%
Sim	228	91,20%	86,98% - 94,40%

**Acesso a atendimento odontológico na UBS?**

Não	123	49,20%	42,84% - 55,57%
Sim	127	50,80%	44,43% - 57,16%

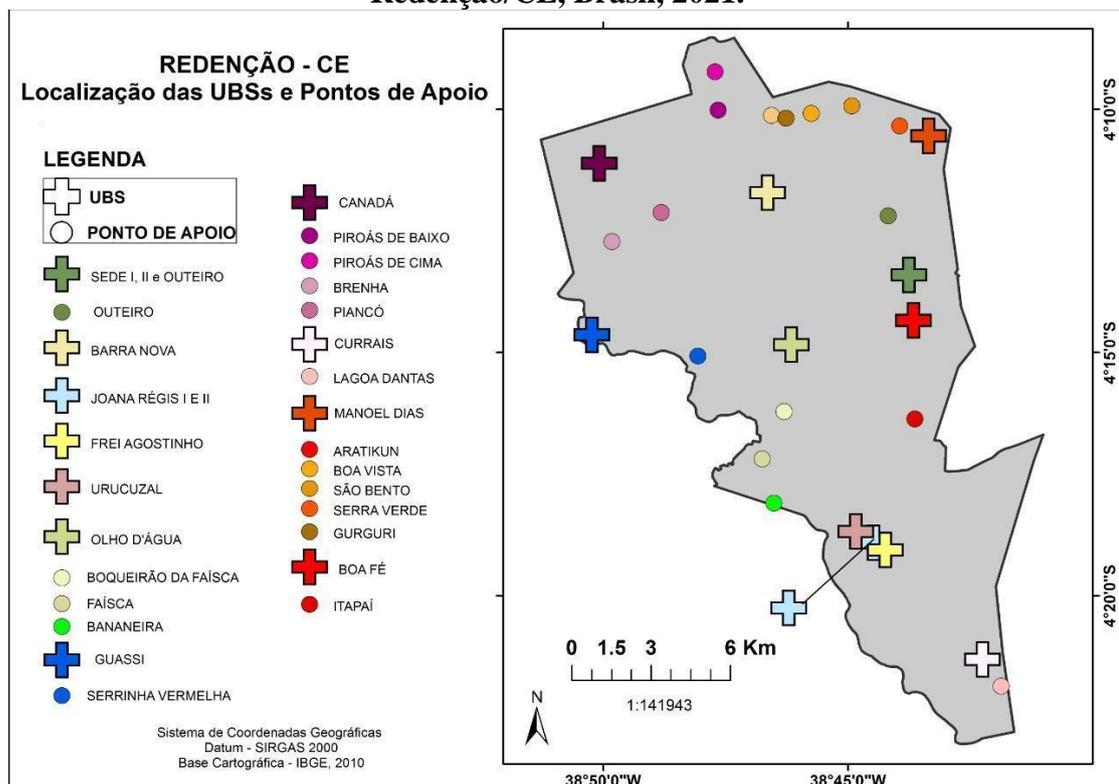
**Acesso a atendimento com profissionais do NASF-AB?**

Não	178	71,20%	65,16% - 76,73%
Sim	72	28,80%	23,27% - 34,84%

Na tabela 6 depreende-se que pessoas com deficiência em sua maioria estão assistidas pelo ACS, (90,4%) afirmaram receber visitas deste profissional. No acesso ao equipamento prevalece os casos em que os usuários fazem uso de transporte próprio para deslocamento até a UBS (33,20%), seguido do deslocamento a pé (28,80%) e transporte fretado (23,60%). Dentre as situações em que as PcD buscam à UBS doença ou agravo foi o mais citado (81,2%), participam de algum Programa da Atenção Primária (88,4%), dentre eles, os mais utilizados por esta clientela foi o de Imunização (85,2%), seguido pelo Hiperdia (53,20%). Quanto aos Programas relacionados a saúde da mulher e do homem foram uns dos que tiveram menores participações, tendo apenas (10%). Ressalta-se ainda que em sua maioria tem acesso a atendimento com profissionais da enfermagem na UBS (84,4%), em contrapartida menor acesso a atendimento com profissionais do NASF-AB (28,8%).

A Figura 2, refere-se à localização específica das UBS e seus respectivos Pontos de Apoio no município de Redenção-CE.

**Figura 2 – Distribuição espacial das UBS e Pontos de Apoio do município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

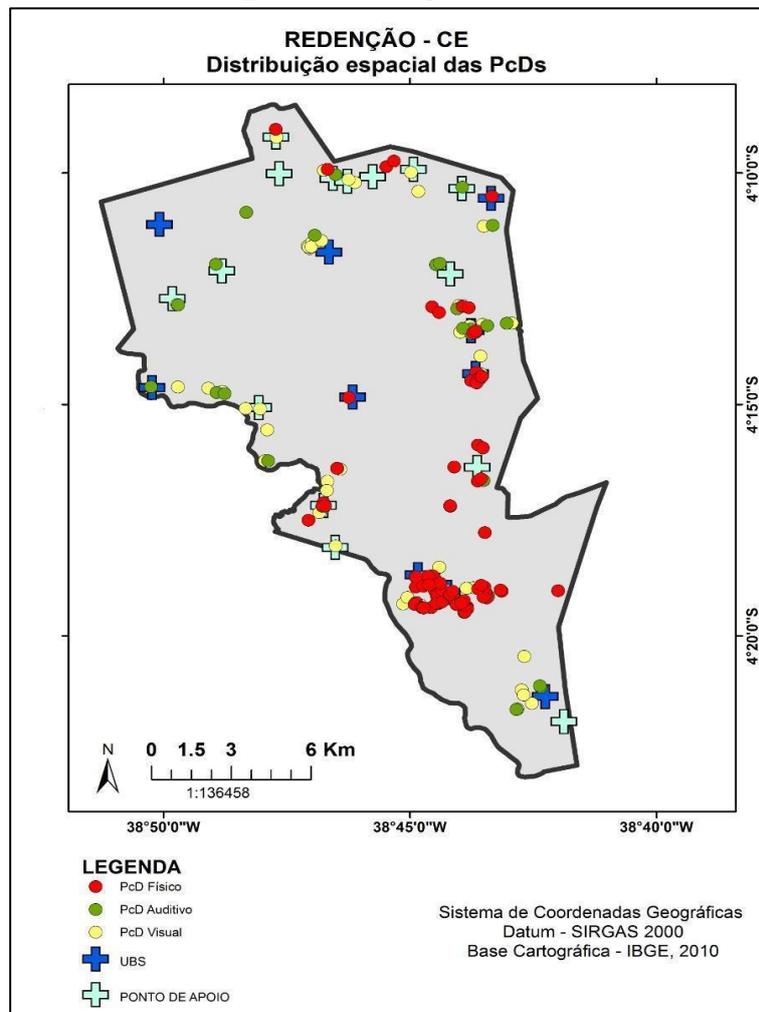


Fonte: pesquisa direta

A Figura 2 aponta a Distribuição espacial das 14 UBSs e seus respectivos Pontos de Apoio, estes em um quantitativo de 16, totalizando 30 pontos em que as equipes da Atenção Básica atendem. Cabe destacar que se encontrou mais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) atuando em um único espaço físico. No Centro da cidade um único equipamento comporta as equipes de Sede I, II e Outeiro e em Antônio Diogo as UBS Joana Régis I e II localizam-se no mesmo prédio. Na UBS Manoel Dias foi o local onde encontramos maior número de pontos de apoio.

A Figura 3, mostra a Distribuição espacial de PcD auditiva, física e visual no município de Redenção/CE, Brasil, 2021.

**Figura 3 - Distribuição espacial de PcD auditiva, física e visual no município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**



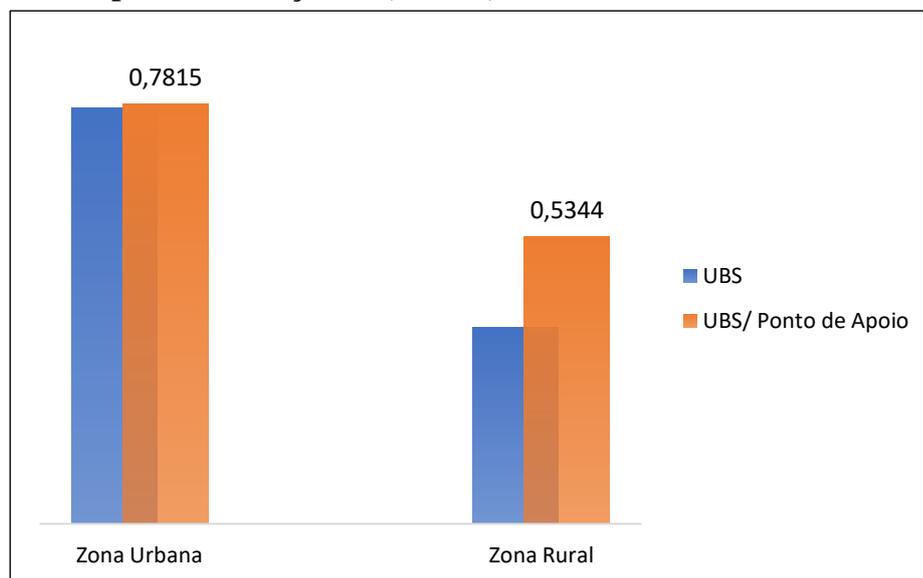
Fonte: pesquisa direta

Conforme a Figura 3 percebe-se maior distribuição de PcD física em todo município com acentuada concentração em áreas urbanas, sobretudo no distrito de Antônio

Diogo. Em se tratando das PcD auditiva e visual encontram-se mais dispersas, com maior predominância nas UBS situadas na zona rural.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição por Zona do percentual de PcD auditiva, física e visual localizadas até 15min a pé do serviço da AB no município de Redenção/CE.

**Gráfico 2: Distribuição por Zona do percentual de PcD auditiva, física e visual localizadas até 15min a pé do serviço da AB no município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**

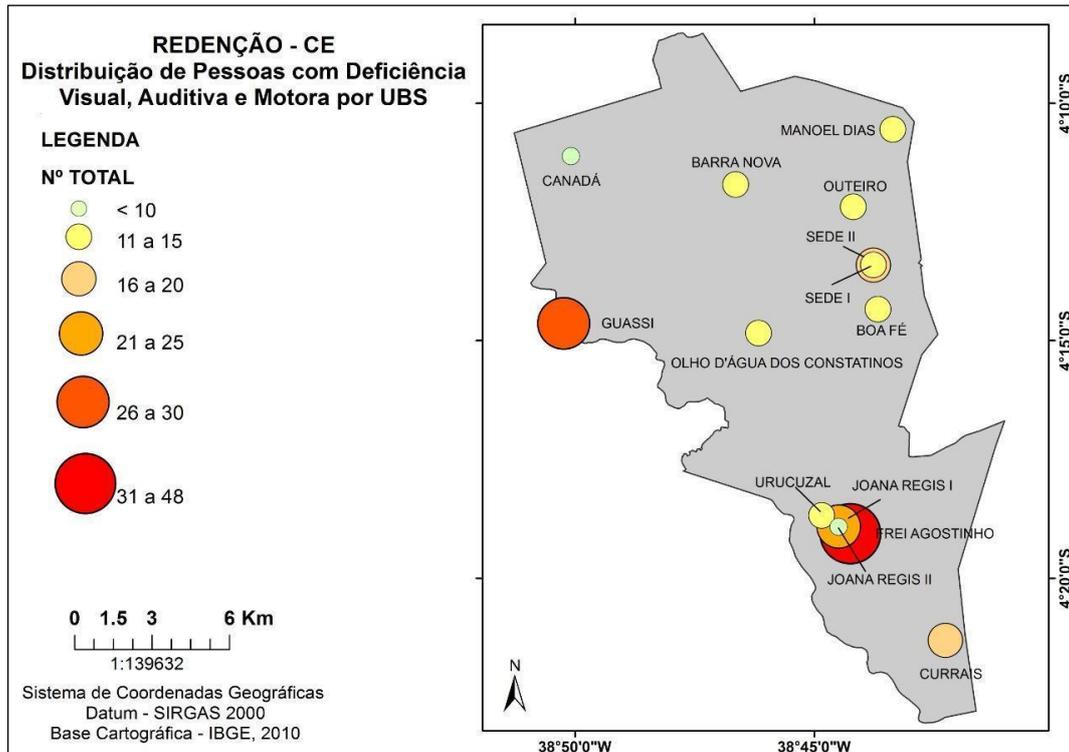


Fonte: elaborado pela autora da pesquisa

Há diferenças expressivas na distância a pé entre a residência e a UBS de PcD auditiva, física e visual que vivem na zona urbana daquelas que vivem na zona rural. A grande maioria das PcDs na zona urbana estão localizadas a 15min da UBS. Esse número amplia-se um pouco considerando os pontos de apoio. Na zona rural, menos da metade estão localizadas a 15 min da sua UBS, mas quando se considera os pontos de apoio esse quantitativo salta para 53,44%.

A Figura 4, exprime a Distribuição espacial de PcD auditiva, física e visual por UBS no município de Redenção/CE, Brasil, 2021.

**Figura 4 - Distribuição espacial de PcD auditiva, física e visual por UBS no município de Redenção/CE, Brasil, 2021.**



Fonte: elaborada pela autora

A Figura 4, revela maior prevalência de PcD (31 a 48) na UBS Frei Agostinho situada em Antônio Diogo. Percebe-se um padrão de distribuição equiparado nas UBSs de Barra Nova, Olho D'Água dos Constantino, Manoel Dias, Outeiro, Sede I, Sede II, Urucuzal e Boa Fé (11 a 15). Obteve-se que a UBS do Canadá e Joana Régis II em Antônio Diogo foram as que menos apresentaram pessoas com deficiência na sua área de abrangência (até 10).

## 6 DISCUSSÃO

Analisar a situação de saúde de uma população perpassa pela compreensão global das múltiplas dimensões que afetam e alteram suas condições. No modelo dos determinantes sociais, essas dimensões estão dispostas em diferentes níveis, desde os relacionados as características individuais, bem como estilos de vida, até macrodeterminantes, trazendo os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais da saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Destarte, a discussão dos resultados foi estruturada a partir dessa compreensão. Iniciou-se com as características sociodemográficas, condições de vida e saúde da população com deficiência auditiva, física e visual de Redenção, CE, seguindo com as discussões da análise da distribuição espacial desse público na atenção básica. Ao final, em articulação com a literatura e políticas que fundamentam a atenção básica, discutiu-se o lugar desse nível de atenção na assistência e cuidado das PcD do município.

### 6.1 Caracterização Sociodemográfica das PcDs auditiva, física e visual em Redenção-CE

Conforme dados obtidos, o perfil predominante das PcDs auditiva, física e visual em Redenção-CE foi de pessoas idosas. A faixa etária de 60 anos ou mais na maior parte da população de PcD corrobora com o Relatório Mundial sobre Deficiência, o qual aponta que tanto países de maior ou menor renda apresentam predominância desta faixa etária (WHO, 2011). Em nível nacional, Brasil, também é mantida essa hegemonia. O Censo de 2010 traz que 63,4% da população idosa possui algum tipo de deficiência no país, sendo mais comum a deficiência visual (55%), seguida da motora (38%) e da auditiva (25%) (IBGE, 2018).

Os resultados apontam uma relação entre envelhecimento e deficiência já expressiva na literatura. Tal relação se dá em decorrência do envelhecimento global e o maior risco de saúde desta população vulnerável, devido limitações nas capacidades físicas, algumas vezes intelectuais e até acometimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SCHIECK; SANTOS; FERREIRA, 2017).

Sabe-se que a deficiência pode ser adquirida ao longo dos ciclos da vida, mas a prevalência da deficiência aumenta com a idade, decorrente dos diversos fatores de risco supracitados que se ampliam quando o processo de envelhecimento não é ativo. Destaca-se que o envelhecimento saudável não é uma responsabilidade unicamente individual do sujeito. Ademais, dependerá de uma série de fatores biopsicossociais, econômicos, políticos, culturais,

étnico-raciais e ambientais que implicam sobre a saúde. Assim, ressalta-se a importância de se destinar políticas públicas e recursos para que essas limitações não venham ser causa de deficiências e assim sendo que possa ser assegurado os seus direitos CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; RODRIGUES, 2021).

Quanto às variáveis de cor/etnia, os dados das PcD em Redenção-CE trazem majoritariamente pessoas não brancas (77,6%). O que acompanha o padrão nacional, sendo que as maiores proporções de PcD ocorrem nas populações de cor/raça preta e amarela, com 27,1% para cada uma delas (IBGE, 2010). Embora os dados não apresentem diferenças significativas, a literatura aponta a raça como um intensificador na desigualdade do acesso à escolarização de pessoas com deficiência (SILVA; SILVA, 2018).

Além disso, Sousa *et al* (2020) expõe a assimetria entre as raças no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, sendo que pretos e pardos apresentam piores índices de acesso à saúde. Assim, é preciso considerar as iniquidades raciais e as diferenças culturais na promoção das políticas públicas de saúde da pessoa com deficiência (SILVA; SILVA, 2018).

Outro marcador que intensifica as iniquidades sociodemográficas refere-se ao gênero, por isso Schieck, Santos e Ferreira (2017) apontam as mulheres entre os grupos vulneráveis à deficiência. Nos resultados desta pesquisa, contudo, divergindo dos índices nacionais, predominou o sexo masculino (58,8%) na população PcD em estudo. Apenas o perfil das PcD auditiva foi que prevaleceu o sexo feminino (59,38%). Embora contraste com dados apresentados no país, alguns estudos já apresentaram a predominância do perfil masculino em populações de PcD: estudo na capital paulista de pessoas com deficiência acompanhadas em serviços municipais de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019) e; pesquisa sobre pessoas idosas com deficiência física adquirida na fase adulta, cadastrados em um centro especializado em reabilitação física e auditiva em Vitória da Conquista/BA (VALENÇA *et al.*, 2017).

Algumas explicações quanto a esses achados trazem os homens relacionados a alguns fatores de risco para a deficiência, como maior exposição à violências e acidentes e menor procura de assistência à saúde, seja em suas dimensões de promoção, prevenção ou mesmo reabilitação de doenças, em particular durante a juventude (NALIN *et al.*, 2019).

No que diz respeito à escolaridade dos participantes, o que mais chama atenção é o baixo percentual de PcD que possuem ensino superior. O último censo constata que apenas 1% das PcD chegam até a universidade, o que pode justificar este achado. O quantitativo de estudantes com deficiência matriculados em Instituição de Ensino Superior cresceu cerca de 113% entre 2009 e 2018, todavia ainda pode se considerar um número irrelevante quando comparado ao público sem deficiência (INEP, 2019). A presença da Universidade da Integração

Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB) na região em estudo pode ter contribuído para que o índice estivesse acima da média nacional.

No que concerne a ocupação, em sua maioria beneficiários da Previdência Social, inclui-se aqui aposentadoria por invalidez ou idade, pensões por morte, recebimento de Bolsa Família, auxílio doença e principalmente o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o que pode justificar a predominância de renda entre meio e um salário-mínimo para esta população. Implantado em 1996, o BPC é uma política pública de combate às desigualdades. Este recurso é intransferível, correspondente a um salário-mínimo conferido às pessoas em vulnerabilidade socioeconômica com deficiência ou com faixa etária a partir de 65 anos (KOHATSU *et al.*, 2021).

Inclusive, nos dados, verificou-se que o não recebimento do benefício pode estar associado a maior vulnerabilidade econômica, sendo que a renda individual do grupo de não beneficiários é menor que meio salário-mínimo. Ressalta-se a importância desta fonte de renda, preferencialmente para comunidades mais pobres, que enfrentam dificuldades de acesso aos serviços, agravados pelas diversas barreiras que recaem sobre a deficiência (PAIVA; BENDASSOLLIL, 2017).

Referente as informações da rede de apoio e arranjo domiciliar, semelhante aos achados de outros estudos, o perfil predominante é de pessoas casados/relação consensual (44,80%), morando com parentes de primeiro grau (79,60%) com arranjo domiciliar de três a cinco pessoas (57,60%), sugerindo um suficiente suporte familiar e rede de apoio. Nesse contexto, Jasper *et al* (2019) apontam como principal rede de apoio das pessoas com deficiência os seus membros familiares.

Especialmente no que se refere a pessoas idosas com deficiência, as quais apresentam muitas vezes condições incapacitantes, a família é considerada extremamente importante na vida dessas pessoas, aparecendo como fator primordial da continuidade da qualidade de vida desse público (VALENÇA *et al.*, 2019). Os achados não isentam a necessária atenção sobre as pessoas que não expressam essa rede de apoio em seus arranjos domiciliares, que mesmo em menor quantitativo podem apresentar maiores graus de vulnerabilidade.

Estratificando a análise do perfil sociodemográfico por tipo de deficiência, verifica-se poucos pontos que se diferenciam. Destaca-se que as PcD auditiva são maioria do sexo feminino, viúvas e apresentam menor índice de escolaridade e menor renda familiar. Uma soma de marcadores que vulnerabilizam ainda mais esse grupo populacional. Tais dados sugerem uma associação entre gênero, escolaridade e renda na população com alguma deficiência. Em

achados de outros estudos, o gênero feminino está associado com menor escolaridade neste público. E com menor escolaridade, menor renda individual (SILVA; SILVA, 2018).

Outro ponto a destacar nas especificidades de cada deficiência é que a prevalência da faixa etária de idosos é observada apenas quanto às PcD visual, enquanto que PcD auditiva e física são em maioria da faixa etária de até 59 anos. Divergente dos índices nacionais, dados corroboram estudo realizado em Santa Catarina com PcD física, o qual obteve maior prevalência nessa faixa etária (RODRIGUES *et al.*, 2019). Contudo, divergem sobre a deficiência auditiva, encontrada também na literatura com faixa etária prevalente de idosos (BARBOSA *et al.*, 2018; MAZZAROTTO *et al.*, 2019; SOUZA; AMBROSIO; SANTOS, 2021).

O perfil sociodemográfico das PcD deste estudo apresenta marcadores que acentuam as desigualdades e vulnerabilidades dessa população. É preciso considerar todos esses fatores e como eles se articulam para intervir sobre as iniquidades em saúde que afetam suas dimensões individuais, porém que são produzidas estruturalmente, a partir de macrodeterminantes sociais, econômicos, políticos e ambientais.

## **6.2 Condições de vida e saúde da população com deficiência auditiva, física e visual em Redenção-CE**

O Relatório Mundial sobre a deficiência (WHO, 2011) aponta que os espaços em que as pessoas vivem impactam na prevalência e extensão das deficiências. Não só porque eles podem ser fatores de risco para adoecimentos, conflitos e acidentes que causem uma deficiência, bem como por poderem apresentar barreiras físicas e sociais de acesso aos bens e serviços.

É consenso que as condições de vida e moradia exercem papel central na determinação da saúde e qualidade de vida das pessoas. Estas podem ser expressas por meio de indicadores sociais e infraestrutura, como precariedade de moradia, estrutura sanitária, acesso à água, cobertura de coleta de lixo, não acesso a equipamentos de saúde e lazer. Realizar o levantamento desses indicadores contribui para o planejamento de intervenções adequadas que possam reduzir os riscos e impactos dos contextos de iniquidades na saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

No município de Redenção, CE, sobre as condições de moradia das PcD auditiva, física e visual, nota-se com destaque o elevado quantitativo desse público residindo na zona rural. Embora essa prevalência seja maior apenas 4,8%, o percentual da população em geral

vivendo na zona urbana é maior. Outros achados também mostram a prevalência de PcD na zona urbana. (SCHIECK; SANTOS; FERREIRA, 2017; FELICÍSSIMO *et al*, 2019; FRANCHI *et al*, 2017). Nesse sentido, o Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2011) aponta a localização da moradia como sendo uma das dificuldades enfrentadas por esta clientela, o que favorece para que estejam mais suscetíveis a problemas de saúde ao equiparar-se com as pessoas sem deficiência.

Estudo sobre indicadores sociais comparando-se zona urbana e rural realizado em Quixadá-CE, município próximo da realidade em que este estudo foi realizado, constatou-se que os serviços de infraestrutura e assistência estão concentrados dentro do perímetro urbano do município (OLIVEIRA; CARVALHO; CRISPIM; 2019). Resende, Ferreira, Fernandes (2018), ao discutirem esses mesmos indicadores, colocam que o meio rural é caracterizado por populações com menor acesso às medidas de saneamento, em uma situação ainda mais crítica quando comparado ao abastecimento de água e coleta de lixo. O que pode implicar nos achados do presente estudo, em que mais de 20% dos participantes não têm acesso ao abastecimento de água e a coleta seletiva e 90% vivem sem cobertura de esgotamento sanitário adequado.

Em relação ao resultado de baixa cobertura de esgotamento sanitário, constata-se que não se caracteriza como uma condição específica para PcD, porém majoritariamente da população em geral. O município apresenta uma taxa de apenas 17,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2010). Atualmente cerca de 2,3 bilhões de pessoas no mundo demandam saneamento básico. Para se ter ideia, são pessoas vivendo sem vaso sanitário conectados a uma rede de esgoto ou fossa séptica, o que viabiliza a exposição e proliferação de doenças transmissíveis decorrentes da contaminação do ambiente.

Diante dessa realidade, a OMS estipulou metas de desenvolvimento sustentável para todos os países com o objetivo de garantir acesso universal ao saneamento até 2030, por meio de sistemas e práticas de saneamento seguro para a promoção da saúde (WHO, 2018). Ressalta-se que o Ministério da Saúde enumera entre os fatores que causam as deficiências, as más condições de vida na periferia das cidades e áreas rurais – falta de escolas, habitação, água tratada, alimentação adequada, esgoto sanitário e coleta de lixo; inundações, desmoronamentos e poluição dos rios (BRASIL, 2010).

Como evidenciado, os padrões sociais e a infraestrutura sanitária deficiente relacionam-se diretamente com a situação de saúde e com as condições de vida das populações dos países, sobretudo nos países em desenvolvimento. As desigualdades sociais, expressas nas condições de habitação e moradia, por exemplo, são fortes indutoras negativas do processo saúde-doença (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Neste estudo, os achados indicam

que a maior parte dos participantes vive em condições de moradia vulneráveis às iniquidades em saúde. Uma relação inegável ao alto índice encontrado de PcD auditiva, física e visual de Redenção, CE acometidas por alguma doença ou problema de saúde.

Quanto a essa questão, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), foram as doenças que mais acometem as PcD em estudo. Cabe salientar que elas constituem um problema de saúde pública mundial e que são as maiores responsáveis por incapacidades. Na atenção primária cerca de 80% das consultas conferem a DCNTs. E são as populações mais vulneráveis socioeconomicamente que apresentam maiores chances de desenvolver deficiências relacionadas a doenças crônicas (SILOCCHI; JUNGES, 2017; BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Acrescenta-se que as PcD desenvolvem mais doenças crônicas e comorbidades do que a população em geral (WHO, 2011). Benelli *et al* (2019) cita também que as PcD estão mais vulneráveis a comorbidades associados a sua deficiência. O que pode explicar os índices elevados de doenças musculoesqueléticas e doenças neurológicas nas PcD física encontrados nesta pesquisa. A especificidade da deficiência física já está diretamente associada ao comprometimento das funções física, neurológica e/ou sensorial (FRANCHI *et al*, 2017) e explicações etiológicas relacionadas principalmente a problemas neurológicos e traumas/lesões musculoesqueléticas (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Ainda sobre os achados do perfil das condições de saúde, o acometimento de transtornos mentais encontrados neste estudo foi mais elevado quando comparado a outras pesquisas com a mesma população, caracterizando a saúde mental como uma importante dimensão a pensar na construção das políticas públicas de saúde para as PcD (BOCCOLINI *et al.*, 2017). Estudo realizado mostra que o nível de bem-estar psicológico não está relacionado com o tipo de deficiência. Senão com o tempo de incapacidade, faixa etária, rede de apoio, evidenciado pelas grandes repercussões sociais e econômicas da deficiência na vida das pessoas (COUTO, 2017).

Boccolini *et al* (2017) apresentam estudo a partir de Inquérito nacional (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013) que associa as desigualdades sociais e autorrelato de limitações para a realização de atividades diárias, causadas por doenças crônicas ou deficiências. Obteve-se a partir de amostra de brasileiros com deficiência na faixa etária de 18+ anos um índice de 7,6% de depressão e 0,9% de outros transtornos mentais (esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose, transtorno obsessivo compulsivo, etc.). Além disso, os transtornos mentais aparecem entre as principais problemáticas que mais limitaram as atividades cotidianas dessa população.

Compreende-se que a deficiência é um fator de risco para a saúde mental decorrente dos diversos impactos psicossociais que decorrem da aquisição de uma deficiência. Muitas vezes a deficiência é adquirida em condições traumáticas. Assim, requer ressignificações subjetivas e alterações intensas no cotidiano. Uma sociedade não inclusiva faz com que muitas vezes a condição da deficiência leve a experiência da exclusão, sendo indesejada e trazendo desdobramentos nos diversos contextos sociais da pessoa, lazer, educação, trabalho, além de incidir sobre a subjetividade (CARVALHO-FREITAS, 2019).

Estudo realizado por Santos *et al.* (2019) expõe também uma realidade de elevação nos índices de transtornos mentais dos países em desenvolvimento. Ademais, é preciso também considerar que os dados foram coletados no período da pandemia da COVID-19, no qual vivencia-se também uma emergência psicossocial, com aumento significativo de adoecimentos mentais na população em geral (AQUINO *et al.*, 2020).

### **6.3 Distribuição Espacial das PcD auditiva, física e visual na Atenção Básica de Redenção-CE**

A análise espacial obtida a partir do georreferenciamento apresenta um diagnóstico situacional das PcD auditiva, física e visual na atenção básica de Redenção, CE e identifica determinantes geográficos e ambientais que associados aos dados socioeconômicos podem potencializar ou fragilizar a situação de saúde das PcD.

No Brasil, há uma distribuição espacial desigual da cobertura da população por equipes de saúde. Segundo Amaral *et al* (2021) 6% dos municípios brasileiros apresentam um índice de cobertura da atenção básica de menos de 50%, enquanto algumas regiões apresentam concentração de equipes de saúde acima do básico. Já a região do Nordeste apresenta em alguns estados bom níveis de cobertura.

O padrão de distribuição espacial das Unidades Básicas de Saúde e seus pontos de apoio em Redenção, CE apresenta distribuição descentralizada dos equipamentos. Verifica-se um quantitativo maior de serviços em áreas urbanizadas, onde há também maior concentração da população. Contudo, observa-se que as três UBSs da Sede e duas da área urbana em Antônio Diogo localizam-se no mesmo prédio em áreas centrais, estabelecendo barreiras de acesso geográficas às pessoas que se localizam nas áreas urbanizadas mais periféricas.

Os estudos sobre a distância geográfica na provisão de serviços da Atenção Básica no Brasil evidenciam que as maiores barreiras geográficas foram verificadas nos espaços intraurbanos, as periferias, e nos espaços rurais (PEREIRA, 2020; FIGUEIREDO; SHIMIZU;

RAMALHO, 2019; (MENDONÇA; ALELUIA; SOUZA, 2021) Nota-se que até em cidades com quantitativo de equipes de saúde suficiente para cobertura indicada da população, muitas vezes elas encontram-se concentradas no que se refere ao espaço, favorecendo algumas áreas em detrimento de outras (PEREIRA, 2020).

Na realidade de Redenção, CE, destaca-se que segundo Relatório atualizado da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2020) a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família possuem uma cobertura de 100%. Ainda assim, verifica-se nos resultados desigualdades socioespaciais de acesso, sobretudo no que se refere a zona rural. Como visto anteriormente, a maioria da população deste estudo vive nessa área. O espaço rural é demarcado por muitas iniquidades estruturais.

A acessibilidade geográfica – referentes à distância até o serviço, tempo de locomoção e recursos para deslocamento – são ainda barreiras de acesso à saúde para parte das PcD do estudo. As disparidades de distanciamento ampliam-se no comparativo entre o espaço urbano e rural. A maior parte da PcD em zona rural (74%) encontra-se fora dos padrões indicados de distanciamento para sua UBS de referência e apenas uma minoria da zona urbana (23%). Mostrando que existem diferenças no acesso ao equipamento na atenção básica de pessoas que vivem em zona rural.

Considerando os pontos de apoio é que essa realidade avança um pouco, sobretudo na área rural, quando uma maioria passa a estar localizada à 15 min a pé do equipamento de saúde. Além disso, embora ainda insuficientes, os pontos de apoio mostram-se fundamentais na redução das desigualdades geográficas de acesso à saúde. Nesse sentido, Soares *et al* (2020) explica que os pontos de apoio são reconhecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, caracterizando-se como estruturas físicas vinculadas às UBS e com o objetivo de acolher atendimentos de populações dispersas, podendo inclusive serem cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A referência de distância de 15 min a pé entre a residência e a UBS como quesito de avaliação também foi utilizada por Melo *et al* (2017) em estudo semelhante que pretendeu avaliar a Estratégia Saúde da Família em Natal, RN e fundamenta-se em diretrizes do Ministério da Saúde. Entre os princípios da atenção básica, a acessibilidade preceitua a facilitação do primeiro contato do usuário. Para isso é fundamental que seja de fácil acesso, próximo onde as pessoas vivem (BRASIL, 2017).

Se as barreiras geográficas já dificultam o acesso à população aos serviços de saúde, para a população com deficiência os desafios se ampliam. Acumulam-se as barreiras

arquitetônicas, inacessibilidades das vias e de transporte e vão se ampliando as vulnerabilidades das PcD.

Refere-se também aos achados de uma baixa oferta de transporte aos usuários. Agrava-se ao fato da indisponibilidade de transporte público regular no município, sendo que as pessoas com deficiência muitas vezes podem apresentar limitações maiores nos deslocamentos do que a população em geral. Muitas vezes mesmo em distâncias pequenas podem necessitar de transporte para acesso ao equipamento de saúde, inclusive um transporte acessível (PEREIRA, 2017).

Por conseguinte, embora com bons índices de cobertura da AB considerando a realidade nacional, ainda se identificam diversas barreiras geográficas na distribuição espacial das UBS em Redenção, CE. Estudo semelhante cita os principais fatores que contribuem para essas barreiras e que também foram encontrados na pesquisa: a distância, a má qualidade das vias/estradas, sobretudo na zona rural; a indisponibilidade de transporte coletivo; a condição financeira dos usuários, que nem sempre permite o deslocamento pago (PEREIRA; PACHECO, 2017).

Percebe-se que entre as diversas barreiras para o atendimento básico de saúde, a barreira espacial é uma das principais causadoras de dificuldade no atendimento da população (MENDONÇA *et al.*, 2021). Assim, é imprescindível no cuidado à PcD o conhecimento destes determinantes, uma vez que uma distribuição espacial iníqua pode ampliar a situação de pobreza, bem como a exclusão/segregação da pessoa com deficiência.

Ademais, alguns aspectos merecem atenção específica aos resultados do georreferenciamento: o alto número de PcD física e a concentração de pessoas com deficiência na região de Antônio Diogo.

A deficiência visual é identificada como sendo a mais presente pelo Censo de 2010 (IBGE, 2010). Contudo, outros estudos também apresentaram inversão de prevalência por tipo de deficiência, sendo a deficiência física a de maior quantitativo. A exemplo dos achados nos estudos de Felicíssimo *et al* (2021) em dois distritos sanitários de Belo Horizonte (MG) e de Almeida (2019) em serviços municipais de saúde na capital paulista. Embora a literatura já corrobore, talvez um aprofundamento sobre o território do município de Redenção, CE e do distrito de Antônio Diogo possam melhor explicar os resultados sobre essa realidade.

Uma das UBS em Antônio Diogo, a Frei Agostinho, concentra maior número de PcD, em número expressivamente superior comparando-se com a segunda UBS com maior concentração, Guassi. Soma-se a isso, que dos números de PcD física, os quais são maioria das PcD, há um padrão de maior concentração na Região urbanizada de Antônio Diogo. Os dados

do último censo já trazem uma alta taxa populacional em Antônio Diogo, segundo distrito mais populoso com 37% da população (9773), enquanto Redenção- Sede concentra 43% da população (11358) (IBGE, 2010). Contudo, um olhar sobre a história deste território traz alguns indícios que podem explicar o padrão de distribuição espacial nesta região.

Em Antônio Diogo e mais especificamente na área de abrangência da UBS Frei Agostinho encontra-se o Centro de Convivência Antônio Diogo, o antigo Leprosário de Canafístula. Fundado em 1928, a história do local remota o processo de instituições asilares dos hospitais colônias que foram criados no Brasil como política pública de saúde e assistência higienista para o tratamento da hanseníase (ALMEIDA, 2020)

Atualmente o Centro Antônio Diogo conta com serviço ambulatorial de dermatologia e promove a reabilitação física e social dos pacientes. Foi e é uma referência regional no tratamento da hanseníase. O Centro ainda abriga 42 pacientes institucionalizados remanescentes da Colônia de Antônio Diogo em dois pavilhões e possui cerca de 100 famílias dos ex-internos vivendo na vila (DIEB, 2019).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) trazem a hanseníase como a principal causa infecciosa de deficiência, sendo que em média 20% de todos os casos novos apresentam algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e outros 15% irão desenvolvê-las mesmo com toda a assistência adequada em saúde recebida. A hanseníase é uma doença que acomete pele e nervos periféricos e resulta em deficiências sociais e físicas, agravadas quando não há um diagnóstico e tratamento precoce. O Brasil ocupa o segundo lugar mundial em número de casos *de hanseníase*, tratando-se ainda hoje de um grande problema de saúde pública no país (UCHOA *et al*, 2020; SANTOS, 2020)

#### **6.4 A Atenção Básica no cuidado e assistência às PcD em Redenção**

Na realidade das PcD auditiva, física e visual de Redenção,CE, percebe-se que o acesso à saúde na Atenção Básica acontece. Existem as diversas barreiras e iniquidades socioespaciais e econômicas já discutidas, mas em sua maioria o público está assistido. Apenas 4,80% relataram nunca acessar a UBS e 90,40% recebem periodicamente a visita do ACS. E esse percentual de não acesso ainda pode ser explicado em parte pela literatura em casos de pessoas que fazem uso do sistema de saúde privado, uma vez que se trata de uma área com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (GUIBU *et al.*, 2017).

O que se evidencia, contudo, é a necessidade de avançar na integralidade da atenção à saúde, a partir das ações de educação em saúde com foco na promoção, prevenção, as quais

apresentam baixos níveis de participação. Uma realidade semelhante com demais cenários brasileiros. Mendonça, Aleluia e Souza (2021) apontam que os usuários dos sistemas municipais de saúde pelo Brasil tendem a procurar a APS a partir de uma lógica assistencialista e de queixa-conduta. Muitas vezes a procura pela unidade só acontece quando o indivíduo se sente adoecido ou com algum problema de saúde.

Inclusive estudos com o público específico de PcD apontam que elas procuram a UBS em sua maioria com ênfase no recebimento de cuidados clínicos (RODRIGUES; AOKI; OLIVER, 2015). No que se refere a essa questão, Brito, Mendes e Neto (2018) observaram um predomínio das ações da AB voltadas para assistência individual e curativista, as quais fragilizam a efetivação das atividades de prevenção, promoção e proteção da saúde.

A atenção básica perpassa o cuidado em todas as fases da vida e em todas as suas dimensões biopsicossociais. A integralidade é um princípio e diretriz (RODRIGUES, 2021). Apesar das políticas que a embasam preconizarem a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado, na prática isso ainda não está estabelecido de maneira satisfatória às PcD estudadas.

De qualquer forma, as discussões em torno da integralidade na assistência à saúde das PcD na atenção básica ainda estão centradas em discussões sobre acesso aos serviços individualizados e de reabilitação. Embora alguns avanços conquistados na garantia da saúde à pessoa com deficiência, ainda são escassas as ações de seu cuidado integral na atenção básica. Para isso, é necessário o investimento também na qualificação profissional e capacitação para o cuidado integral pretendido, reduzindo também as barreiras atitudinais nas unidades básicas de saúde (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

Costa e Campelo (2018) ao analisar os Determinantes Sociais da Saúde colocam que a prevenção e promoção da saúde são estratégias fundamentais para melhoria da qualidade de vida e promoção de vida ativa. Os autores reforçam a contribuição dessas estratégias na redução das iniquidades em saúde, as quais têm a possibilidade de evitar a aquisição de Doenças Não Transmissíveis, que podem progredir para uma deficiência permanente, em qualquer fase da vida, mas sobretudo na velhice.

Além disso, pesquisa com profissionais de saúde aponta que estes responsabilizam os usuários pela não adesão ao tratamento e conseqüentemente a ocorrência de agravos. Contudo, torna-se indispensável a compreensão dos diversos fatores que determinam a não adesão desse tratamento. Os profissionais são também responsáveis pela promoção do vínculo entre equipe e usuário, de forma a motivá-lo a assumir mudanças no seu estilo de vida e por promover ações educativas mais efetivas e inovadoras (SILOCCHI; JUNGES, 2017).

Nesse contexto, o profissional enfermeiro tem papel primordial no acolhimento e atendimento deste público e sua família. A forma com que se comunica favorece a uma maior aproximação e humanização na execução de procedimentos. Estudo aponta que 68,75% de profissionais da saúde referem dificuldades em explicar procedimentos no atendimento a pacientes com deficiência visual e auditiva (SILVA, 2017). Urge a necessidade que os profissionais em saúde em geral, sobretudo o enfermeiro, busquem qualificação através da educação continuada para que possam oferecer cuidado integral, efetivo e afetivo a essa clientela.

Ressalta-se a importância de uma atuação da enfermagem na atenção básica junto à PcD que vise resgatar a centralidade da prevenção e promoção em saúde. A função da enfermagem na atenção básica está potencialmente relacionada ao processo de educação em saúde, possibilitando ações que promovam a conscientização e o autocuidado, desenvolvendo com a equipe ações individuais e coletivas voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde desses pacientes (SANTANA *et al.*, 2021).

O estudo aponta baixa participação do público em programas de saúde direcionado à saúde da mulher e do homem. Uma das ações de prevenção à saúde voltado a mulher a nível da AB é a detecção precoce do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras mediante rastreamento. Contudo, mulheres com deficiência apresentam menores oportunidades de realizar exames de rastreamento do câncer do colo do útero e mamografia. Tal dado é atribuído as diversas barreiras enfrentadas por esta clientela, tais como, estrutura física do local que fornece exames, falta de conhecimentos por parte de profissionais e das mulheres, barreiras relacionadas a deficiência, dificuldade de transporte, viver na área rural, ser mais velha, maior nível de incapacidade, menor renda, menor escolaridade entre outras. Desta forma, dentre as barreiras supracitadas que estão em conformidade com achados do presente estudo pode-se dizer que condições econômicas e baixa escolaridade são diretamente intrínsecos ao baixo acesso dessa população aos exames de rastreamento (BOER, 2019).

Quanto a questão supracitada, é importante ressaltar que até mesmo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero não orientam sobre as especificidades no rastreamento das mulheres com deficiência, desatendendo a acessibilidade, como a necessidade de equipamentos adequados para melhor posicionamento durante o exame, estrutura física acessível (rampas ou elevadores, banheiros, macas, tecnologias assistivas) e principalmente, profissionais capacitados para atendimento.

Em se tratando dos homens, historicamente no campo da Saúde Pública houve maior atenção as demandas do binômio mãe-filho e os cuidados relacionados ao homem,

incluso na população em geral. Nesse sentido, não se pode apenas atribuir a baixa procura da população masculina aos serviços de saúde a fatores relacionados ao homem, tais como a escassez de tempo, a pressa para ser atendimento e ao predomínio da cultura machista, mas também como a Política pública é empregada para este o coletivo.

Estudo com homens identifica déficits de autocuidado, principalmente relacionados a infecções sexualmente transmissíveis (IST), medidas do câncer de próstata ou relativas a promoção da saúde e informação sobre atendimento (VAZ, 2018). Na percepção de enfermeiros, comparando entre homens e mulheres, elas buscam mais os serviços da Atenção Primária à Saúde que eles e, os poucos que buscam são para procedimentos técnicos e tratamentos de patologias agudas e crônicas (VIEIRA, 2020). Nesta perspectiva o enfermeiro exerce um papel essencial na Atenção Primária, pois ele pode implementar estratégias destinadas à promoção e prevenção de agravos.

Outro ponto a destacar nos achados da pesquisa é que o acesso que acontece é em sua maioria voltado apenas para os serviços de enfermagem e medicina da família. Menos da metade da PcD referiu ter acessado os serviços odontológicos e uma parcela menor ainda acessou o cuidado pela equipe multiprofissional.

Assim como os demais usuários do SUS, as PcD carecem de assistência em saúde e acesso a rede básica de saúde, e não apenas de cuidados especializados. Para tanto, constituem-se indispensáveis ações intersetoriais em parceria com políticas públicas, essencialmente na Atenção Básica e a da Pessoa com Deficiência, juntamente com suas redes de cuidados. Pfluck e Warmling (2017) revelam que é possível que ocorra ações de reabilitação a nível de Atenção Básica, através de profissionais qualificados tecnicamente que compõem as equipes multidisciplinares.

Segundo dados do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-GESTOR AB, 2020), no município de Redenção, CE conjuntamente com as eSF, atuam também 14 eSB e três equipes multidisciplinares, dois NASF-AB e uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência destaca a importância da atenção à saúde voltado para essas pessoas assegurar garantia de acesso e de qualidade dos serviços, oferecendo cuidado integral a partir da assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (BRASIL, 2012) Pfluck e Warmling (2017) expõem que são comuns debates entre as equipes da Atenção Básica sobre as competências profissionais necessárias para que as pessoas com deficiência possam ver garantidos seus direitos de acesso a esses serviços com qualidade, sobretudo, no que se refere ao atendimento interprofissional.

A saída para os desafios elencados está na estruturação de um trabalho em saúde na Atenção Básica que se concretize fundamentado em seus princípios organizativos. Para isso, como discorrem Pfluck e Warmling (2017), faz-se necessária a materialização de uma atuação interdisciplinar capaz de superar o paradigma do modelo biomédico e reorganizar o cuidado a partir das demandas de saúde das pessoas com deficiência na atenção básica. A perspectiva interdisciplinar possibilita o cuidado integral das pessoas com deficiência visando a superação das diversas barreiras que dificultam a participação plena e ativa no seu processo de saúde e nas demais dimensões da vida.

## **7 CONCLUSÕES FINAIS**

A análise da situação de saúde e distribuição espacial de pessoas com deficiência auditiva, física e visual do município de Redenção/CE identificou um público de 250 pessoas com deficiência, sendo elas sendo 149 com deficiência física, 69 com deficiência visual e 32 com deficiência auditiva, distribuídas nas 14 UBS do município.

O perfil das PcD prevalente foi de pessoas idosas, não brancas, do sexo masculino, casados/união estável e com ensino fundamental. Os sujeitos são predominantemente beneficiários da Previdência Social e possuem renda individual de mais de ½ a 1 SM, sendo familiar de mais de 1 SM. Em sua maioria residem com parentes de 1º grau, com um arranjo domiciliar de três a cinco pessoas.

Quanto às condições de vida e moradia, foi evidenciado maior concentração de Pessoas com Deficiência vivendo na zona rural, sendo a zona urbana a que congrega o maior número de pessoas com deficiência física, enquanto a rural concentra o maior número de pessoas com deficiência auditiva e visual. Destaca-se, sobretudo, o baixíssimo índice de cobertura de esgotamento sanitário em suas áreas de moradia.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM) e Transtorno Mental foram as doenças e problemas de saúde mais encontrados nas pessoas com deficiência, com destaque para doenças musculoesqueléticas e neurológicas em PcD física.

As PcD em sua maioria estão sendo assistidas pelo ACS. Deslocam-se até a UBS por meio de transporte próprio, a pé ou mesmo fretam um carro. Buscam a UBS com maior frequência por doença ou agravos. Participam em maior frequência dos programas de Imunização e Hiperdia e, menor adesão aos programas relacionados a saúde da mulher e do

homem. Tem acesso atendimento por profissionais da enfermagem na UBS e em menor proporção atendimento com profissionais do NASF-AB.

A distribuição espacial das PcD auditiva, física e visual na Atenção Básica revelou maior distribuição de PcD física em todo município com acentuada concentração nos equipamentos das áreas urbanas, sobretudo no distrito de Antônio Diogo. Já as PcD auditiva e visual encontram-se dispersas, com maior predominância nas UBS situadas na zona rural.

Diante dos achados especificamente em Antônio Diogo, aponta-se a necessidade de estudos que possam analisar melhor as associações entre a história do Centro e a prevalência de PcD nessa região, a partir de variáveis causais e explicativas. De forma que as informações possam subsidiar o planejamento das políticas de saúde nesta região

E ainda, maior prevalência de PcD na UBS Frei Agostinho, situada em Antônio Diogo e distribuição equiparada nas UBSs de Barra Nova, Olho D'Água dos Constantino, Manoel Dias, Outeiro, Sede I, Sede II, Urucuzal e Boa Fé. A UBS do Canadá e Joana Régis II em Antônio Diogo foram as que menos apresentaram pessoas com deficiência na sua área de abrangência.

Frente aos achados da pesquisa faz-se necessário observar as iniquidades geográficas e socioeconômicas que incidem no acesso à Atenção Básica e ampliar as ações de promoção, diagnóstico e tratamento precoce, a fim de fortalecer a rede de cuidados direcionada a esta população.

Como limitação do estudo detectou-se a não adesão de uma minoria de ACS em apontar as PcD de sua área de cobertura, o que pode ter influenciado na ampliação da amostra.

Desponta-se um leque de possibilidades para o aprofundamento desta temática tanto para a enfermagem quanto para os mais diversos pesquisadores de áreas multiprofissionais e intersetoriais, que visa cooperar para melhoria da qualidade de vida e promoção do acesso a direitos e da cessibilidade das pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C.; LOPES, M. B. L. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 3, n. 1, p. 169-186, 2019. Disponível em: <http://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesaudedomalberto/article/download/420/368>. Acesso em: 23 mai. 2021.
- ALMEIDA, M. H. M. *et al.* Organization and systematization of data of people with disabilities: support for networked care. **Mundo saúde**. P. 713-731, 2019.
- ALMEIDA, R. A. Na varanda, o silêncio hanseníase, esquecimento e esgotamento narrativo na Colônia de Antônio Diogo. **Revista de Antropologia**, v. 63, n. 1, p. 35-58, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/download/168624/160456>. Acesso em 03 jun. 2021.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Em. Saúde Pública**, v. 52, 2018. DOI:10.11606/s1518-8787.2018052000395. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PjNYDyTH3wkVvffVP9cG8Sc/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- AMARAL, P. *et al.* Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. **Revista brasileira de estudos urbanos e regionais**, v. 23, 2021. DOI: 10.22296/2317-1529.rbeur.202110. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbeur/a/nWYn4NwV3HYshHDvGZj99Hf/?format=html>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- AMORIM, É. G.; LIBERALI, R.; NETA, O. M. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**, v. 1, p. 224-236, 2018. DOI: 10.15628/holos.2018.5775. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/download/5775/pdf>. Acesso em: fev. 2021.
- AQUINO, S. M. C. *et al.* Construção de cartilha virtual para o cuidado em saúde mental em tempos de COVID-19: relato de experiência. **Enferm. Foco (Brasília)**, p. 174-178, 2020. DOI: 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3584. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3584>. Acesso em: 15 mai. 2021.
- ARAÚJO, L. M. *et al.* Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services– integrative review. **J. res: fundam care online**, v. 10, n. 2, p. 549-557, abr./jun. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557.
- BAIA, M. J. S.; CONDE, G. A. B.; CONDE, V. M. G. Utilizando Análise Espacial na Identificação dos Territórios de Unidades Básicas de Saúde e sua Correlação com Casos de Hanseníase. *In: Simpósio Brasileiro de Computação Aplicada à Saúde*, 19, 2019, Niterói. **Anais [...]**. Niterói: UFRJ, 2019. P. 164-174.
- BARBOSA, H. J. C. *et al.* Perfil clínico epidemiológico de pacientes com perda auditiva. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 424-430, 2018. DOI:

10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1783.p424-430.2018. Disponível em:  
<http://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/download/1783/758>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BARBOSA, A. S. Distribuição espacial de pessoas com deficiência visual no município de Redenção-CE. 2020. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2020.

BISOL, C. A.; VALENTINI, C. B. Surdez e Deficiência Auditiva – qual a diferença? **Objeto de Aprendizagem Incluir**. UCS/FAPERGS, 2011. Disponível em:  
[http://www.grupoelri.com.br/Incluir/downloads/EM\\_SURDEZ\\_Surdez\\_X\\_Def\\_Audit\\_Texto.doc](http://www.grupoelri.com.br/Incluir/downloads/EM_SURDEZ_Surdez_X_Def_Audit_Texto.doc). Acesso em: 19 jan. 2020.

BOER, R.; GOZZO, T. O. Rastreamento de câncer em mulheres com deficiência: uma revisão integrativa. *Acta Fisiatr.* v.26, n. 3, p. 157-163, 2019. DOI: 0.11606/issn.2317-0190.v26i3a168026. Disponível em:  
<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/download/168026/160180>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BONIFÁCIO, S. R.; LOPES, E. L. Mapeamento de agravos de saúde: uma aplicação da técnica de georreferenciamento com o uso do software Google Earth. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 2. 2019. Disponível em:  
<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/download/162/98>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.  
 Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.html). Acesso em 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 1133, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1E, p. 131. 03 de out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073\\_28\\_09\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html) Acesso em: 08 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública** (Vol. 1 Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde). Brasília: MS, 2006. 136p. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie\\_geoproc\\_vol\\_1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf) Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da**

**União**, Brasília, 2012. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 25 fev. 2021

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

**Diário Oficial da União**, Brasília, 2015a. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm) Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis** – Análise de Situação de Saúde. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. A consolidação da inclusão escolar no Brasil 2003 a 2016. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão Diretoria de Políticas de Educação Especial Esplanada dos Ministérios, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 30 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018, ago 13; Seção 1:87

BRUNO, M. M. G. Avaliação educacional de alunos com baixa visão e múltipla deficiência na educação infantil. Dourados, MS: Ed. Universidade Federal da Grande Dourados, 2009. 198 p.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 676-689, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017170304. Disponível em:

[https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR\\_6f97e2e0452cf58a0b9d21a8c16aa257](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_6f97e2e0452cf58a0b9d21a8c16aa257). Acesso em 10 jun. 2021.

CARVALHO, A.T. *et al.* Design instrucional na enfermagem: tecnologias assistivas para cegos e surdos. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. DOI:10.5380/ce.v24i0.62767.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/62767/39593>. Acesso em 12 ago. 2020.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. Pp. 19-38.

COSTA, B. M.; CAMPELO, M. H. G. Determinantes sociais em saúde e o desvelar da deficiência no processo de envelhecimento dos usuários em reabilitação no CRIDAC–Cuiabá (MT). *In*: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 16, n. 1, 2018. Anais [...]. Vitória: UFES, 2018.

COUTO, C. Caracterização do bem-estar psicológico, autoestima e depressão da população deficiente. **PsychTech & Health Journal**, v. 1, n. 1, p. 21-37, 2017. DOI: 10.26580/PTHJ.art3-2017. Disponível em: <https://psychtech-journal.com/index.php/psychTech/article/download/psychtech-v1n1a03-2017/2>. Acesso em: 15 mai. 2021.

DIEB, M. Com 91 anos de história, antigo leprosário acolhe pacientes remanescentes. SESA CE, Fortaleza, 9 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2019/08/09/com-91-anos-de-historia-antigo-leprosario-acolhe-pacientes-remanescentes/>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

DISABLED WORLD. Definition of Quadriplegia and Paraplegia including interesting spinal cord injury (SCI) statistics. **Disabled World**. 2019. Disponível em: <[http://www.disabled-world.com/artman/publish/article\\_0082.shtml](http://www.disabled-world.com/artman/publish/article_0082.shtml)>. Acesso em: 09 jan. 2020.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de análise de dados: Estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS®, e Stata®**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

FELICÍSSIMO, M. F. *et al.* Prevalência e fatores associados ao autorrelato de deficiência: uma comparação por sexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 147-160, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700010013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n1/147-160/pt/>. Acesso em: 15 mai. 2021.

FERNANDES, L. B.; SCHLESENER, A.; MOSQUERA, C. Breve histórico da deficiência e seus paradigmas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba, v.2, p.132-144. 2011. Disponível em: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/download/181/186>. Acesso em: 15 ago. 2020.

FERRAZ, C. V. *et al.* (Coord.). **Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Edição Digital. São Paulo: Editora Saraiva, 2012, 480 p.

FIGUEIREDO, N. M. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3ed. São Paulo: Yendis editora, 2008.

FONSECA, R. T. M. O novo conceito constitucional de pessoa com deficiência: um ato de coragem. **Revista do TRT da 2ª Região**. São Paulo, n. 10, p. 45-54, 2012.

FRANCHI, E. F. *et al.* Prevalência de pessoas com deficiência física e acesso ao serviço de reabilitação no Brasil. **Cinergis**, v. 18, n. 3, p. 169-173, 2017. DOI: 10.17058/cinergis.v18i3.8783. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/8783/6094>. Acesso em: 02 jun. 2021.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 63-76, 2017. DOI:10.1590/0103-1104201711206. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/>. Acesso em: 15 mai. 2021.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 17s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007070. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZQ69PVkZHJKn64RZGRRBWjG/?lang=pt>. Acesso em 21 abr. 2021.

GERMANO, F. A. S. *et al.* Estudo das causas de cegueira e baixa de visão em uma escola para deficientes visuais na cidade de Bauru. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 78, n. 3, p. 183-187, 2019. DOI: 10.5935/0034-7280.20190125. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbof/a/DsM8WdFPS4YzNK5Hk639hWQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em 20 ago. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed, São Paulo: Atlas, 2018. (2ª Reimpressão)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: nota técnica 01/2018**. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf). Acesso em: mai 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo da Educação Superior**. INEP: 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior>. Acesso em: 15 jun. 2021

JASPER, C. H. *et al.* Qualidade de vida e consumo de alimentos de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis de pessoas com deficiência física adquirida. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 41-55, 2019. Disponível em: <https://45.238.172.12/index.php/ries/article/download/1523/1048>. Acesso em: 02 jun. 2021.

KOHATSU, G. L; GARCIA, L. F.; YAMAGUCHI, M. U; MASSUDA, E. M. Benefício de Prestação Continuada: percepção de pessoas deficientes sobre o processo de solicitação e uso deste recurso. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v.9, n.1, 2021. Disponível em: [http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento](http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento). Acesso em 20 jun. 2021.

LAPÃO, L. V.; DUSSAULT, G. Formação em gestão para apoio à reforma da atenção primária à saúde em Portugal e países africanos lusófonos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00252. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sYqPpqyBN49CzvjmHqcgLVr/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20. Ago. 2020.

LIMA, M. M. N. **Manual sobre acessibilidade e inclusão do aluno com deficiência no ensino básico**. Redenção: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2018, 44 p.

LOPES, A. A. S. *et al.* O Sistema de Informação Geográfica em pesquisas sobre ambiente, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-11, ago. 2019. DOI: 10.12820/rbafs.23e0065. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/download/13935/10954>. Acesso em 15 out. 2020.

MAZZAROTTO, I. H. E. K. *et al.* Integralidade do cuidado na atenção à saúde auditiva do adulto no SUS: acesso à reabilitação. **Audiology-Communication Research**, v. 24, 2019. DOI: 10.1590/2317-6431-2018-2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/4HRgMvbDh6fkhWXnZRhXF4P/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MELO, C. F. *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a partir das crenças dos seus usuários. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 620-626, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.620-626. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116003.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

MENDONÇA, M. M. *et al.* Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1625-1636, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021265.04722021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WhkfCKhrpzBkL8bdKHnSxxC/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 02 jun. 2021.

MONIZ, A. S. B. *et al.* Necessidades das famílias caboverdianas que convivem com o transtorno mental. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0196. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8NpSGbz56rF9xF9sbY6LTQK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MUNGUBA, M. C. S.; VIEIRA, A. C. V. C.; PORTO, C. M. V. From invisibility to social participation: health promotion among persons with Disabilities. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.28, n.4, p.463-466, 2015. Disponível em: [https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4410/pdf\\_1](https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4410/pdf_1). Acesso em: 04 jan. 2020.

NALIN, F. *et al.* Percepção sobre aspectos da acessibilidade da pessoa com deficiência física adquirida, residente no município de Itajaí/SC. **Revista Univap**, v. 25, n. 47, p. 133-145, 2019. DOI: 10.18066/revistaunivap.v25i47.1878. Disponível em: <http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/viewFile/1878/1526>. Acesso em: 02 jun. 2021.

OLIVEIRA, A.T.R, O'NEILL, M.M. **Dinâmica demográfica e distribuição espacial da população: o acesso aos serviços de saúde** (Textos para Discussão; n. 1). In: Gadelha, P. *et al* (Orgs) Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 14 p.

OLIVEIRA, A.T.R, O'NEILL, M.M.; SILVA, M. G. **Distribuição espacial da população e dos serviços de saúde: as regiões de articulação urbana** (Textos para Discussão; n. 31). In: Gadelha, P. *et al* (Orgs) Brasil Saúde Amanhã: Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, 37 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A ONU e as pessoas com deficiência. **ONU**, 2011. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/> Acesso em: 20 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento: de acordo com a Resolução n. 44/228 da Assembleia Geral da ONU, de 22-12-89, estabelece uma abordagem equilibrada e integrada das questões relativas a meio ambiente e desenvolvimento: a Agenda 21. Tradução Ministério das Relações Exteriores, Divisão do Meio Ambiente. Brasília: Câmara dos Deputados, **Coordenação de Publicações**, n. 56, 1995, 472p. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/7706>. Acesso em: 07 jan. 2020.

PAGLIUCA, L. M. F. *et al*. Pessoa com deficiência: construção do conceito por esta população. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, p. 705-713, 2015. DOI: 10.15253/21756783.2015000500012. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324042637012.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2020.

PAIVA, J. C. M. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 1, p. 418–429, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p418-429>. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167711682017000100025](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682017000100025) Acesso em: 20 dez. 2019.

PAIVA, J. C. M.; BENDASSOLLIL, P. F. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 1, p. 418-429, 2017. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p418-429. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682017000100025](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000100025). Acesso em: 21 mai. 2021

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1181-1192, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0383. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21suppl1/1181-1192/pt/>. Acesso em: 15 mai. 2021.

PEREIRA, J. A.; SARAIVA, J. M. The social historical trajectory of persons with disabilities: from exclusion to social inclusion. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185, jan.-jun. 2017.

PEREIRA, R. *et al.* Desigualdades socioespaciais de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras 2019. Brasília, DF: IPEA, 2020 (Texto para discussão, n. 2535).

PINA, M. F.; SANTOS, S. M. **Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde.** Brasília: OPAS/OMS, 2000, 122p.

PLETSCH, M. D. A. Deficiência múltipla: formação de professores e processos de ensino-aprendizagem. **Revista Cadernos de Pesquisa.** V.45 n°. 155. SP, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/yRQGbhH4LDXnn8SQcZZVpdp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 19 dez. 2019.

QUEIROZ, L. Á.; ALVES, L. C. Cooperación em salud em Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa (PALOP). **Salud y Política Externa**, p. 91, 2018. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/22/07\\_Luciano\\_Avila\\_Layana\\_Alves.pdf](https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/22/07_Luciano_Avila_Layana_Alves.pdf). Acesso em: 19 jan. 2020.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. Ed. 14. Reimp. (revista e ampliada). São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA, M. G. DE S. DA; PLETSCH, M. D. Deficiência múltipla, sistemas de apoio e processos de escolarização. **Horizontes**, v. 36, n. 3, p. 99-110, 7 dez. 2018. Disponível em: <https://revistahorizontes.usf.edu.br/horizontes/article/download/700/307>. Acesso em: 20 dez. 2019.

RESENDE, R. G.; FERREIRA, S.; FERNANDES, L. F. R. O saneamento rural no contexto brasileiro. **Revista Agrogeoambiental, Pouso Alegre**, v. 10, n. 1, p. 129-150, 2018. DOI: 0.18406/2316-1817v10n120181027. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/56644841/O\\_saneamento\\_rural\\_no\\_contexto\\_brasileiro.pdf](https://www.academia.edu/download/56644841/O_saneamento_rural_no_contexto_brasileiro.pdf). Acesso em: 15 mai. 2021.

RODRIGUES, S. M.; AOKI, M.; OLIVER, F. C. Situational diagnosis of people with disabilities, receiving occupational therapy ontexto in a basic health unit. **Brazilian Journal of Occupational Therapy**, 2015. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAO0713. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/28105>. Acesso em: 21 abr. 2021.

RODRIGUES, C. V. C. *et al.* Functional ontextose profile of people with physical disabilities. **Fisioterapia em Movimento**, v. 32, 2019. DOI: 10.1590/1980-5918.032.AO26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/M4rSPhnssmbzpn6GWbfvrMj/?lang=em>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RODRIGUES, D. L. *et al.* Saúde do idoso com deficiência: contribuições para a construção de cuidado integral à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6588-6599, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-209. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/27135/21453>. Acesso em: 15 jun. 2021.

RUIZ, C. P. S. *et al.* Barreras contextuales para la participación de las personas em discapacidad física. **Salud UIS**, v. 45, n. 1, p.41-51, 2013. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/download/3299/3499>. Acesso em 19 dez. 2019.

SANTANA, L. C. B. *et al.* Promoção da saúde de hipertensos e diabéticos a partir da problematização do território. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 9, n. 1, pág. E14911492, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i1.1492. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1492>. Acesso em: 24 jun. 2021.

SANTOS, Á. N. *et al.* Perfil epidemiológico e tendência da hanseníase em menores de 15 anos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. DOI: 10.1590/S1980-220X2019016803659. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JFttx4Gp76zkNQKc9ky5bsr/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SANTOS, G. B. V. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00236318. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00236318/pt/>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. SAPS/MS: 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SCHIECK, C. R.; SANTOS, N. O.; FERREIRA, T. G. Perfil das Pessoas com Deficiência na Região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Saúde (Santa Maria), v. 43, n. 1, p. 269-277, 2017. DOI: 10.5902/2236583421074. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21074>. Acesso em 11 jun 2021.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 599-615, 2017. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00056. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/bXRQZ9mg6GcXb5QxcBLLWCb/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SILVA, F. C. N. **Conhecimento dos professores do ensino básico e superior sobre pessoas com deficiência**. 2017. 30f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2017.

SILVA, V. C.; SILVA, W. S. Marcadores sociais da diferença: uma perspectiva interseccional sobre ser estudante negro e deficiente no Ensino Superior brasileiro. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 62, p. 569-585, 2018. DOI: 10.5902/1984686X30948 Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3131/313158892006/313158892006.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SILVA, M. J. *et al.* Acolhimento e atendimento a pessoas com deficiência na atenção básica: análise das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde. **Temas em Saúde**. V. 17. N.

3. 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/10/17321.pdf>. Acesso em 21 abr. 2021.

SOUSA, J. L. *et al.* Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00230318, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00230318. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n5/e00230318>. Acesso em: 15 mai. 2021.

SOARES, A. N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300332, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300332. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

UCHÔA, R. E. M. N. *et al.* Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Em enferm UFPE**, v. 11, n. 3, p. 1464-72, 2017. DOI: 10.5205/onte.10263-91568-1-RV.1103sup201719. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13990/16850>. Acesso em: 15 mai. 2021.

VALENÇA, T. D. C. *et al.* Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. DOI: 10.5935/14148145.20170008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hT3V577hXdsJSyD4b4TfPLQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2021.

VASCONCELOS, J. P. R.; GARCIA, R. A. V. Análise da situação de saúde do município de Águas Lindas de Goiás: O desafio do planejamento. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 1173-1190, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5658763.pdf>. Acesso em 19 dez. 2019.

VAZ, C. A. M; SOUZA, G. B; MORAES-FILHO I. M; SANTOS, O. P, CAVALCANTE MMFP. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. **Em Inic Cient Ext**. v. 1, n. 2, p. 122-126, 2018. Disponível em: <http://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacaocientifica/article/download/6025>. Acesso em 19 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems: improving performance. Geneva, **WHO**, 2000, 215 p. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2000/em/whr00\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2000/em/whr00_en.pdf?ua=1). Acesso em: 05 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? Geneva, **WHO**, may. 2008. Disponível em: [https://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf). Acesso em: 31 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Increasing access to health workers in remote and rural onte through improved retention: global policy recommendations. Geneva, **WHO**, 2010. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014\\_eng.pdf;jsessionid=DF36900902BF6C2A5567F9793ECA612?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf;jsessionid=DF36900902BF6C2A5567F9793ECA612?sequence=1) Acesso em: 31 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. THE WORLD BANK. Relatório mundial sobre a deficiência; Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPeD, 2011. 334 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. **WHO**, 2015, 41p. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> Acesso em: 15 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on sanitation and health. **WHO**, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274939/9789241514705-eng.pdf>. Acesso em 21 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International statistical classification of disease and related health problem 10th revision (ICD-10). Version: 2019. **WHO**, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/em#/> Acesso em: 20 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Deafness and hearing loss. **WHO**, 01 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>. Acesso em: 20 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disabilities. **WHO**, 2020. Disponível em: <https://www.afro.who.int/health-topics/disabilities>. Acesso em: 05 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. **WHO**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/community-basedhealth-care-including-outreach-and-campaigns-in-thecontext-of-the-covid-19-pandemic>. Acesso em 04 jul. 202

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – CADASTRO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

<b>Dados sociodemográfico e econômico</b>	<b>1. Nome:</b>
	<b>2. Idade:</b>
	<b>3. Cor/Etnia:</b> (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Ignorado
	<b>4. Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino (3) Ignorado
	<b>6. Situação conjugal:</b> (1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/União consensual (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) (5) Não se aplica
	<b>6. Escolaridade:</b> (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental (3) Ensino Médio (4) Ensino Superior ou mais (5) Não se aplica
	<b>7. Ocupação:</b> (1) Nunca trabalhou (2) Desempregado(a) (3) Estudante (4) Dono(a) de Casa  (5) Agricultor(a) (6) Autônomo(a) (7) Trabalhador assalariado (8) Aposentado (a) (9) Não se aplica
	<b>8. Quantas pessoas moram na casa (incluindo o participante):</b> (1) Mora sozinho (2) Duas pessoas (2) De três a cinco pessoas (3) De seis a nove (4) Mais de dez pessoas
	<b>9. Com que mora:</b> ( ) Mora sozinho(a) ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avô (ó) ( ) Cônjuge ( ) Filhos  ( ) Irmãos ( ) Outros parentes ( ) Amigos ou colegas
	<b>10. Renda Individual:</b> (1) $\leq \frac{1}{2}$ salário mínimo (2) mais de $\frac{1}{2}$ até 1 (3) 2 a 3 (4) 4 ou mais
	<b>11. Renda Familiar:</b> (1) $\leq \frac{1}{2}$ salário mínimo (2) mais de $\frac{1}{2}$ até 1 (3) 2 a 3 (4) 4 ou mais

<b>Condições de Moradia</b>	<b>1. Endereço:</b>
	<b>2. Distrito:</b> (1) Sede (2) Antônio Diogo (3) Guassi (4) Barra Nova (5) Faísca
	<b>3. Zona:</b> (1) Urbana (2) Rural
	<b>4. Cobertura de redes de abastecimento de água:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>5. Cobertura de esgotamento sanitário:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>6. Cobertura de coleta de lixo:</b> (1) Não (2) Sim

<b>Identificação e Classificação da deficiência</b>	<b>1. Tipo de Deficiência</b> Visual: (1) Total (2) Parcial (3) Direita (4) Esquerda (5) Baixa acuidade Auditiva (6) Unilateral (7) Bilateral Física (8)
	<b>2. Causa da deficiência:</b> (1) Congênita (2) Adquirida
	<b>3. Se adquirida:</b> (1) Complicações de doença (2) Acidente (3) Outro (4) Não se aplica
	<b>4. Se adquirida, qual tempo?</b> (1) < de 6 meses (2) de 6 meses a 2 anos (3) > 3 anos (4) > 5 anos (5) > 10 anos (6) Não se aplica
	<b>5. Possui laudo médico da deficiência:</b> (1) Não (2) Sim. Se sim, qual CID:

<b>Perfil e condições de Saúde</b>	<b>1. Prática de atividade física:</b> (1) Não pratica (2) Entre uma e duas vezes por semana (3) três ou mais vezes por semana
	<b>2. Uso de bebida alcoólica:</b> (1) Não faz uso (2) Em reuniões sociais (3) Diariamente (4) Finais de Semana
	<b>3. É fumante:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>4. Peso informado (Kg):</b> _____ <b>Altura Estimada (m):</b> _____ <b>IMC:</b> _____
	<b>5. Faz uso de medicação contínua:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>6. Apresenta alguma doença ou problema de saúde:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>7. Hipertensão arterial:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>8. Diabetes Mellitus:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>9. Colesterol alto:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>10. Doença cardíaca:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>11. Doença respiratória:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>12. Doença musculoesquelética:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>13. Doença gastrointestinal:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>14. Doença neurológica:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>15. Neoplasias:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>16. Transtorno mental:</b> (1) Não (2) Sim

<b>Acesso e utilização dos serviços da atenção básica</b>	<b>1. UBS de referência:</b>
	<b>2. Cobertura do Programa Saúde da Família:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>3. Qual o principal meio de transporte que você utiliza para chegar à UBS?</b> (1) A pé (2) Transporte coletivo (3) Transporte fornecido pelo município (4) Transporte próprio(carro/moto) (5) Transporte fretado (moto/carro)
	<b>4. Tempo de deslocamento a pé entre a residência à UBS?</b> (1) Menos de 15 min (2) 15 min (3) Mais de 15 min
	<b>5. Recebe visitas domiciliares do ACS:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>6. Recebe visitas domiciliares de outros membros equipe ESF:</b> (1) Não (2) Sim
	<b>7. Buscou a UBS:</b> (1) nos últimos 6 meses (2) mais de 6 meses a um ano (3) Mais de um ano (4) Nunca
	<b>8. Em quais situações busca a UBS?</b> (1) Doença ou agravamento (2) ações preventivas (3) ações educativas (4) Nunca
	<b>9. Participa dos programas da atenção básica:</b> ( ) Hiperdia ( ) Imunização ( ) Planejamento Familiar ( ) Saúde da criança ( ) Saúde da Mulher ( ) Saúde do Homem ( ) Programa de Saúde do Idoso ( ) Outro ( ) Não participa
	<b>10. Acesso a atendimento com profissionais da enfermagem na UBS:</b> (1) No último ano (2) Entre um ano a cinco anos (3) Há mais de cinco anos (4) Nunca buscou (5) Buscou e não obteve
	<b>11. Acesso a atendimento com profissional médico na UBS:</b> (1) No último ano (2) Entre um ano a cinco anos (3) Há mais de cinco anos (4) Nunca buscou (5) Buscou, mas não obteve
	<b>12. Acesso a atendimento odontológico na UBS:</b> (1) No último ano (2) Entre um ano a cinco anos (3) Há mais de cinco anos (4) Nunca buscou (5) Buscou e não obteve
	<b>13. Acesso a atendimento com profissionais do NASF-AB:</b> (1) No último ano (2) Entre um ano a cinco anos (3) Há mais de cinco anos (4) Nunca buscou (5) Buscou e não obteve

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
– PCD AUDITIVA, MOTORA E VISUAL**

Eu, Gisele Mendes da Silva estou concretizando juntamente com minha orientadora Dr<sup>a</sup> Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, o projeto de pesquisa intitulada: **SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL POR UBS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM REDENÇÃO/CE**. Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa, que tem como objetivo identificar a situação de saúde e distribuição espacial por Unidades Básicas de Pessoas com deficiência auditiva, motora e visual em Redenção, CE. O estudo fundamenta-se na importância da análise da distribuição espacial das pessoas com deficiência associada à análise da situação de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde específicas para essa clientela na Atenção Básica. A sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Observe atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

A pesquisa ocorrerá em fases distintas, das quais você participará da segunda etapa, se aceitar de livre e espontânea vontade, a partir do preenchimento de instrumento sobre dados sociodemográficos e avaliação de situação de saúde. Para isso, precisamos que o senhor(a) responda algumas perguntas com relação a seus dados sociodemográficos e econômicos; condições de moradia; sobre sua deficiência, tipo, causa e tempo de convívio; dados sobre condições de saúde, como acometimento de possíveis doenças, uso de bebida ou fumo; e sobre acesso aos serviços de saúde, meio de transporte utilizado, participação em programa de saúde, recebimento de visitas domiciliares dos profissionais do posto de saúde entre outras. Você gastará nessa atividade em média de 10 a 15 minutos, o que pode variar conforme sua necessidade.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, não havendo riscos diretos à sua saúde. Entende-se que a participação pode gerar risco/desconforto inerentes a qualquer pesquisa científica. Entre estes o possível risco de constrangimento para responder ao instrumento de coleta de dados, como o constrangimento social na citação de dados como estado civil, grau de escolaridade, ocupação e arranjo familiar, ou ainda constrangimento econômico em menção de dados sobre renda, possível recebimento de benefícios e condições de moradia. Ou ainda risco de fadiga ao responder as questões. Caso isso ocorra, você tem liberdade de dar pausas ou até mesmo desistir em qualquer fase da pesquisa, sem que isso acarrete qualquer penalidade ou prejuízo para você. Como forma de minimizar os riscos, garanto-lhe linguagem humanizada, respeitosa, clara, além da manutenção do sigilo/silêncio durante todas as fases da pesquisa e anonimato na divulgação dos resultados e, caso prefira preencher as informações individualmente (privacidade), o pesquisador tentará contemplar tal demanda em local reservado em que o pesquisador ficará somente com você. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Caso haja algum desconforto de ordem psicológica, bem como você não se sentir à vontade para prosseguir com a pesquisa, a coleta de dados será suspensa imediatamente. Em situações que seja necessária uma terceira pessoa, serão avaliadas as possíveis situações para não haver constrangimento.

Garanto-lhe que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas específicas e referentes somente a este estudo.

E ainda, considerando o estado de emergência de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19, adiciona-se o aumento do risco de contágio do novo coronavírus pelo contato com a pesquisadora. Contudo, para diminuir esse risco serão observadas todas as medidas de prevenção. Estratégias serão tomadas, a saber: asseguro que a coleta só será realizada pela

pesquisadora quando esta estiver na ausência de qualquer sintoma comum a COVID-19, como sintomas gripais e febre; buscar-se-á que a coleta seja realizada em espaço aberto e/ou arejado, assegurando a manutenção da distância mínima de 2 metros entre pesquisadora e participante; uso de máscara cirúrgica pela pesquisadora e orientação quanto ao uso da máscara pelos participantes durante o processo da coleta, sendo que a pesquisadora disponibilizará o material a estes; higienização das mãos com álcool em gel a 70% antes e depois de assinatura do TCLE, sendo que o produto será fornecido pela pesquisadora; caso seja necessário a entrada em espaço residencial, será realizada limpeza das solas dos sapatos da pesquisadora na entrada e saída, borrifando-se álcool a 70% líquido.

A sua participação e/ou autorização será importante, pois vai contribuir com a pesquisa. Os benefícios presentes neste estudo superam os riscos ao proporcionar possibilidades de identificação da localização e situação de saúde de Pessoas com Deficiência e, portanto, auxiliará a efetivar e contribuir com quem não pode ou está limitado seu deslocamento (ou por inacessibilidade estrutural e arquitetônica ou impossibilidade física). Além disso, conhecer o perfil deste público de Pessoas com Deficiência proporcionará aos demais profissionais da Unidade Básica elaborar e ajustar pesquisas para identificação direta das demandas e proporcionar atividades de autocuidado e qualidade de vida (Promoção da Saúde) de maneira apontada, conduzida, focada e efetiva.

A sua participação nessa pesquisa será de caráter voluntário. E ainda, para participar da mesma, não será oferecido nenhum valor ao (a) senhor (a). Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa. Informo-lhe também que, caso autorize, o(a) senhor(a) assinará este Termo de Consentimento em duas vias e receberá uma via, sendo necessário a assinatura na última página e rubrica nas demais, assim como também o documento constará de assinatura da pesquisadora na última folha e sua rubrica nas outras páginas.

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre o estudo com a pesquisadora do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, asseguro que em caso de dúvidas poderá contactar-se comigo, Gisele Mendes da Silva (pesquisadora) a qualquer momento pelo telefone (085) (98101-2184), e-mail: [giselems@aluno.unilab.edu.br](mailto:giselems@aluno.unilab.edu.br), como também no endereço: Rua Raimundo Bandeira, 42B, Pinheiro - Guaiuba-CE. CEP:61890-000. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85) 33326190. Endereço: Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil e e-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br).

## **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, após assinado declaro que participo da pesquisa por livre e espontânea vontade e de forma voluntária. Declaro que tanto li este termo, como também fui devidamente orientado(a) e esclarecido(a). E, declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

---



**APÊNDICE C : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
– RESPONSÁVEL MENOR DE 18 ANOS**

Eu, Gisele Mendes da Silva estou concretizando juntamente com minha orientadora Dr<sup>a</sup> Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, o projeto de pesquisa intitulada: **SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL POR UBS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO**, e tem como objetivo: identificar a situação de saúde e distribuição espacial por Unidades Básicas de Pessoas com deficiência auditiva, motora e visual em Redenção, CE. O estudo fundamenta-se na importância da análise da distribuição espacial das pessoas com deficiência associada à análise da situação de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde específicas para essa clientela na Atenção Básica.

Para isso, precisamos que o senhor (a) **Responsável** pelo participante menor de 18 anos, autorize que ele responda algumas perguntas sobre a deficiência e situação de saúde. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

É por meio deste Termo que lhe peço autorização para contribuir com este trabalho, ao confirmar logo abaixo que aceita e concorda com os dados preenchidos. Precisamos pedir sua colaboração para permitir e autorizar a participação do adolescente o qual você é responsável. Neste trabalho, não haverá riscos diretos à saúde dele(a). O possível risco refere-se ao constrangimento para responder o instrumento de coleta de dados.

Também lhe garanto a privacidade, linguagem humanizada, respeitosa, clara e manutenção do sigilo/silêncio durante todas as fases da pesquisa, pois não citarei nomes em nenhuma parte deste trabalho e os dados serão de uso exclusivo do estudo, e divulgados posteriormente como resultados de pesquisa. Além disso, caso prefira preencher informações individualmente, tentar-se-á contemplar tal demanda em local reservado em que o pesquisador ficará somente com o adolescente. Em situações que seja necessária uma terceira pessoa, serão avaliadas as possíveis situações para não haver constrangimento.

A sua autorização será importante, pois vai contribuir com a pesquisa. Os benefícios presentes neste estudo superam os riscos ao proporcionar possibilidades de identificação de Pessoas com deficiência por profissionais (ACS) que atuam diretamente com essa clientela e, portanto, auxiliará a efetivar e contribuir com quem não pode ou está limitado seu deslocamento (ou por inacessibilidade estrutural e arquitetônica ou impossibilidade física). Além disso, conhecer o perfil deste público de Pessoas com Deficiência proporcionará aos demais profissionais da Unidade Básica elaborar e ajustar pesquisas para identificação direta das demandas e proporcionar atividades de autocuidado e qualidade de vida (Promoção da Saúde) de maneira apontada, conduzida, focada e efetiva.

Caso aceite garanto a plena liberdade de recusar-se a retirar seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. E ainda, para participar da mesma, não será oferecido nenhum valor ao (a) adolescente. Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa.

Informo-lhe também que, caso autorize, o(a) senhor(a) assinará este Termo de Consentimento em duas vias e receberá uma via, sendo necessário a assinatura na última página e rubrica nas demais, assim como também o documento constará de assinatura da pesquisadora na última folha e sua rubrica nas outras páginas.

A pesquisa terá três etapas das quais o adolescente participará apenas da 2<sup>a</sup> etapa que corresponde ao perfil das pessoas com deficiência auditiva, motora e visual, a qual: **concerne à aplicação do instrumento de coleta de dados (dados sociodemográficos, socioeconômico e situação de saúde). Para tal, o pesquisador e/ou intérprete poderá ler o instrumento e a**

medida que for lendo, o pesquisador responderá em tinta ou utilizando tecnologia apropriada para futura análise.

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos após assinado que aceito participar e concordo com tudo o que está explanado. Declaro que por este termo fui devidamente orientado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa. Também autorizo a participação do meu familiar na pesquisa **SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL POR UBS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO**, e aceito participar da pesquisa. E, declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.



\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

Impressão digital

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, na qualidade de testemunha, afirmo que o presente termo foi lido e explicado ao sujeito do estudo em minha presença.

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do profissional que aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **APÊNDICE D: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA**

Eu, Gisele Mendes da Silva estou concretizando juntamente com minha orientadora Dr<sup>a</sup> Paula Marciana Pinheiro de Oliveira, o projeto de pesquisa intitulada: **SITUAÇÃO DE SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL POR UBS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE REDENÇÃO/CE**. Você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa, que tem como objetivo identificar a situação de saúde e distribuição espacial por Unidades Básicas de Pessoas com deficiência auditiva, motora e visual em Redenção, CE. O estudo fundamenta-se na importância da análise da distribuição espacial das pessoas com deficiência associada à análise da situação de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde específicas para essa clientela na Atenção Básica. Observe atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento.

Para participar deste estudo, você será informado sobre qualquer aspecto que desejar e o responsável por você deverá autorizar assinando um termo. Caso seu responsável autorize a sua participação, mesmo assim, você poderá negar, estando livre para participar ou não. Você e/ou o seu responsável poderão deixar de participar a qualquer momento, sem nenhum problema.

A pesquisa será feita em etapas distintas, das quais você participará da segunda etapa, se aceitar de livre e espontânea vontade, e se seu responsável autorizar. Irão participar dessa pesquisa as pessoas que têm deficiência auditiva, motora e visual em Redenção, CE. A pesquisa será feita nas residências em que essas pessoas moram. Para isso, será usado um formulário, em que você precisará responder algumas perguntas sobre você, como as condições do lugar em que mora, com quem mora, sobre sua deficiência, sobre possíveis problemas de saúde que tenha e sobre os serviços de saúde que você utiliza. A pesquisa é considerada segura, mas é possível ocorrer alguns riscos mínimos, você poderá sentir-se constrangido em responder as perguntas ou se sentir fadigado, mas qualquer risco/desconforto durante a realização dessa pesquisa, a coleta de dados será interrompida imediatamente. A pesquisadora estará sempre à disposição para esclarecimentos de dúvidas. Você não receberá benefícios financeiros ao fazer parte dessa pesquisa, mas poderá se sentir beneficiado (a) ao contribuir com o processo de produção e do conhecimento à temática pesquisada, além das contribuições que ela pode trazer para melhoria do planejamento e ações de saúde na atenção básica para as pessoas com deficiência no seu município.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Seu nome ou o material que indique sua participação não será divulgado sem a permissão do responsável por você. Este termo encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e a outra será entregue a você.

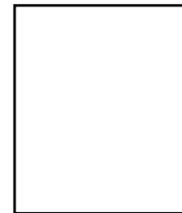
Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre o estudo com a pesquisadora do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, asseguro que em caso de dúvidas poderá contactar-se comigo, Gisele Mendes da Silva (pesquisadora) a qualquer momento pelo telefone (085) (98101-2184), e-mail: [giselems@aluno.unilab.edu.br](mailto:giselems@aluno.unilab.edu.br), como também no endereço: Rua Raimundo Bandeira, 42B, Pinheiro - Guaiuba-CE. CEP:61890-000. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone (85) 33326190.

Endereço: Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil e e-mail: cep@unilab.edu.br.

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ **(se já tiver documento)**, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

Redenção, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.



\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) menor ou

impressão digital

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) pesquisador