

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**GIOVANI CAVALHEIRO NOGUEIRA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS**

**FLORIANÓPOLIS  
2014**



**GIOVANI CAVALHEIRO NOGUEIRA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS**

Dissertação de Mestrado da Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para o título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS  
2014**

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

Nogueira, Giovani Cavalheiro  
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA  
RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS / Giovani Cavalheiro Nogueira ;  
orientadora, Soraia Dornelles Schoeller - Florianópolis,  
SC, 2014.  
122 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Perfil Epidemiológico. 3. Deficiência  
Física. 4. Epidemiologia Social. 5. Processo Saúde-Doença.  
I. Schoeller, Soraia Dornelles . II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.

## GIOVANI CAVALHEIRO NOGUEIRA

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS

Esta DISSERTAÇÃO foi julgada adequada para obtenção do Título de:

#### Mestre em Enfermagem

E aprovada em 18/10/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis, 18 de Novembro de 2014.



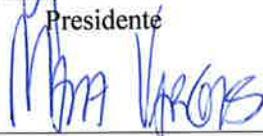
Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

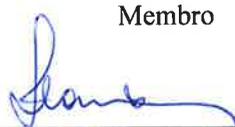
#### Banca Examinadora:



Dra. Soraja Dornelles Schoeller  
Presidente



Dra. Mara Ambrosina Vargas  
Membro



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Membro



Dr. Eder Daniel Corvalão  
Membro



*Dedico este trabalho a minha amada família e aproveito esse momento para justificar minha ausência, mesmo que inconsciente, perante minha filha **Giovana**, meu filho **Miguel** e minha esposa **Marisa**, em prol da realização desses escritos. Sei que vocês são grandes o suficiente para entenderem, mesmo assim os agradeço pela tolerância e carinho. A minha amada Marisa, companheira incansável e mãe exemplar, de beleza pura e coração fraterno, o amor da minha vida. Aos meus filhos que são a razão do meu viver, do meu sonhar e amar. Obrigado por fazerem parte da minha vida. **Amo vocês.***



## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu senhor Jesus Cristo, pelo amor e proteção com a vida;

À minha família pela compreensão, apoio e incentivo e, aos amigos que, de alguma forma, colaboraram para a feliz realização desta tarefa;

À minha Orientadora, Dra. Soraia Dornelles, pelos seus ensinamentos, carinho e amizade, por sua motivação ao longo do nosso estudo, acompanhando meu desenvolvimento de maneira exemplar e competente; agradeço-lhe carinhosamente;

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Programa da Pós-Graduação em Enfermagem, aos Docentes que tive a oportunidade de estudar e conhecer. Obrigado pelos ensinamentos e acolhida;

Aos Membros da Banca, por suas colocações e contribuição ao meu estudo;

Ao Instituto Federal de Santa Catarina, pela política de incentivo à qualificação dos seus servidores e pelo ótimo ambiente de trabalho;

Aos colegas e amigos, em especial aos professores da Radiologia e da Enfermagem do Instituto Federal que acompanharam esta trajetória, por todo auxílio ofertado, pelas palavras de incentivo e pela compreensão nos momentos de ausência.

As pessoas que apresentam deficiência física e aos seus familiares; que entenderam e contribuíram com a realização da pesquisa; obrigado por ter lhes conhecido.



*“Deficiente” é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.*

*Mário Quintana*



NOGUEIRA, Giovani C. **Perfil Epidemiológico da Pessoa com Deficiência Física Residente em Florianópolis**. 2014. 122 p. **Dissertação**. (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller  
Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem

## **RESUMO**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa cujo objetivo principal foi descrever o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis/SC. A amostra mínima foi determinada por cálculo estatístico, considerando a população do município com deficiência física, conforme dados do Censo do IBGE de 2010 e constituiu-se de 139 entrevistas válidas, representando um grau de confiança de 95%. Os dados foram coletados via formulário eletrônico instalado em dispositivos móveis e armazenados em um provedor virtual (Go Canvas). A análise e tratamento dos dados foram realizados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), e constatou que a deficiência física acomete homens jovens por violência urbana e mulheres idosas por doenças crônico-degenerativas. O nível de escolaridade tem associação direta com a condição econômica e esta interfere na procura pelos serviços de saúde, principalmente os de reabilitação. O estudo apresentou como limitação a dificuldade encontrada frente aos centros de saúde para identificar as pessoas com deficiência física, pois os prontuários eletrônicos dos usuários estavam desatualizados e existem centros de saúde não informatizados. Conclui-se que os as doenças crônicas não transmissíveis, a violência urbana e alguns determinantes sociais interferem na saúde das pessoas com deficiência física e sugere-se a necessidade de continuidade nas investigações sobre as políticas efetivas voltadas as pessoas com deficiência bem como a conscientização da população frente aos fatores de risco.

**Palavras-chave:** Perfil Epidemiológico, Pessoas com Deficiência, Epidemiologia Social.



**NOGUEIRA, Giovani C. Epidemiological Profile of Persons with Disabilities Residing in Florianópolis. 2014. 122 p. Dissertation.** (Masters in Nursing). Graduate Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Advisor: Dr. Soraia Dornelles Schoeller  
Line of Research: Labor in Health and Nursing

### **ABSTRACT**

It is a cross-sectional study with a quantitative approach whose main objective was to describe the epidemiological profile of people with physical disabilities living in the city of Florianópolis / SC. The minimum sample size was determined by statistical calculation, considering the population of the municipality with motor disabilities, according to the IBGE Census 2010 and consisted of 139 valid interviews, representing a confidence level of 92%. Data were collected via electronic form installed on mobile devices and stored in a virtual provider (Go Canvas). The analysis and processing of data were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), and found that the motor disability affects young men by urban violence and elderly women by chronic degenerative diseases. The level of education has a direct association with the economic condition and this interferes with the demand for health services, especially rehabilitation. The study had its limitations is the difficulty found across health centers to identify people with physical disabilities, since the electronic medical records of users were outdated and there are health centers do not computerized. On the other hand there was resistance on the part of health professionals in providing information even with the permission of the Municipal Secretary of Health of the city. We conclude that the chronic non-communicable diseases, urban violence and some social determinants influence the health of people with physical disabilities and suggest the need for continuity in investigations focused on effective policies people with disabilities as well as the conscientization opposite population to risk factors.

**Key Words:** Health-Disease Process, People with Disabilities, Social Determinants.



NOGUEIRA, Giovani C. **Perfil epidemiológico de las personas con discapacidad residentes en Florianópolis**. 2014. 122 p. **Disertación**. (Máster en Enfermería). Curso de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Guideline: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

Línea de Pesquisa: Trabajo en Salud y Enfermería

## **RESUMEN**

Se trata de un estudio transversal, con abordaje cuantitativo, cuyo principal objetivo fue describir el perfil epidemiológico de las personas con discapacidades físicas que viven en la ciudad de Florianópolis / SC. El tamaño mínimo de la muestra se determinó mediante el cálculo estadístico, teniendo en cuenta la población del municipio con discapacidad motora, según el Censo del IBGE de 2010 y consistió en 139 entrevistas válidas, lo que representa un nivel de confianza del 92%. Los datos fueron recogidos a través del formulario electrónico instalado en los dispositivos móviles y se almacena en un proveedor virtual (Go Canvas). El análisis y tratamiento de los datos se realizaron utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), y encontraron que la discapacidad motora afecta a hombres jóvenes por la violencia urbana y las mujeres de edad por enfermedades degenerativas crónicas. El nivel de educación tiene una relación directa con la situación económica y esto interfiere con la demanda de servicios de salud, especialmente la rehabilitación. El estudio tuvo sus limitaciones es la dificultad encontrada a través de los centros de salud para identificar a las personas con discapacidad física, ya que los registros médicos electrónicos de los usuarios eran anticuados y hay centros de salud no informatizados. Por otro lado hubo resistencia por parte de los profesionales de la salud en la prestación de información, incluso con el permiso de la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad. Llegamos a la conclusión de que las enfermedades crónicas no transmisibles, violencia urbana y algunos factores sociales que influyen en la salud de las personas con discapacidades físicas y sugieren la necesidad de continuidad en las investigaciones se centraron en políticas efectivas personas con discapacidad, así como la conscientización población frente a factores de riesgo.

**Palabras Clave:** Perfil Epidemiológico, Personas con Discapacidades, Epidemiología Social.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AFLODEF</b>	- Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos
<b>BPC</b>	- Benefício de Prestação Continuada
<b>CCS</b>	- Centro de Ciências da Saúde
<b>CEP</b>	- Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CIF</b>	- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
<b>CNS</b>	- <b>Conselho Nacional de Saúde</b>
<b>CNPq</b>	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CONADE</b>	- Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
<b>CS</b>	- Centro de Saúde
<b>ESFs</b>	- Equipes de Estratégias de Saúde da Família
<b>FAPESC</b>	- Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
<b>IBGE</b>	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>ONGs</b>	- Organizações Não Governamentais
<b>OMS</b>	- Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	- Organização das Nações Unidas
<b>PIB</b>	- Produto Interno Bruto
<b>SC</b>	- Santa Catarina
<b>SPSS</b>	- Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	- Unidades Básicas de Saúde
<b>UFSC</b>	- Universidade Federal de Santa Catarina



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Desenho metodológico da pesquisa.....	55
--	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População e Cálculo Amostral .....	52
Quadro 2 - Cálculo da Amostra – grau de confiança 95% .....	52
Quadro 3 - Classificação estatística das variáveis .....	57



## LISTA DE GRÁFICOS

### **MANUSCRITO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS**

Gráfico 1 - Idade (em anos) das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014.....	66
Gráfico 2– Pessoas segundo tipo de deficiência física, Florianópolis, 2014.....	67
Gráfico 3– Causas das deficiências físicas nas pessoas em Florianópolis, 2014.....	67
Gráfico 4 – Rendimento médio mensal das famílias de pessoas com deficiência física antes e depois da causa, Florianópolis, 2014.....	68
Gráfico 5 – Anos de estudo, pessoas com deficiência física, Florianópolis, 2014.....	69
Gráfico 6 – Número de vezes e serviços de saúde procurados no último ano.....	70
Gráfico 7 - Comorbidades e complicações das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014. ....	70

### **MANUSCRITO 2 – DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Gráfico 1 – Ocorrência e tipos de deficiência Física. Florianópolis, 2014.....	85
Gráfico 2 – Idade (em anos) das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014.....	86
Gráfico 3 – Associação entre anos de educação formal e rendimento médio mensal em pessoas com deficiência física. Teste de Correlação de Pearson, Florianópolis, 2014. ....	88
Gráfico 4 - Anos de educação formal correlacionado a participação em Plano de Saúde em pessoas com deficiência física. Teste aplicado: Correlação de Pearson, Florianópolis, 2014.....	88
Gráfico 5 – Rendimento médio mensal e serviços de fisioterapia em pessoas com deficiência física. Florianópolis, 2014. ....	89
Gráfico 6 – Rendimento médio mensal correlacionado a procura por serviços de centros de saúde. Teste aplicado: Correlação de Pearson, Florianópolis, 2014.....	90
Gráfico 7 – Causas de deficiência física. Florianópolis, 2014. ....	92



## LISTA DE TABELAS

### MANUSCRITO 2 – DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Tabela 1 – Renda antes da deficiência associada a Renda média atual em pessoas com deficiência física.....	87
Tabela 2 – Correlação entre serviços de saúde utilizados no último ano e anos de educação formal em pessoas com deficiência física. Florianópolis, 2014.....	91
Tabela 3 – Correlação entre as condições gerais de moradia antes e depois da deficiência física..	92



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>31</b>
1.1 OBJETIVOS .....	34
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>35</b>
2.1 DEFICIÊNCIA FÍSICA: REALIDADE E DESAFIOS .....	35
2.2 A DEFICIÊNCIA FÍSICA E A LEGISLAÇÃO VIGENTE .....	40
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA .....	44
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>47</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....	47
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	51
<b>4.1.1 População</b> .....	<b>51</b>
<b>4.1.2 Amostra do Estudo</b> .....	<b>51</b>
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....	52
4.3 ENTREVISTA ESTRUTURADA.....	53
<b>4.3.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores</b> .....	<b>53</b>
<b>4.3.2 Pré-Teste do Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>54</b>
<b>4.3.3 Coleta dos Dados</b> .....	<b>54</b>
4.4 DESENHO METODOLÓGICO.....	55
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	57
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>59</b>
5.1 MANUSCRITO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS .....	60
5.2 MANUSCRITO 2 – DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	79
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>113</b>

APÊNDICE A - FORMULARIO DE COLETA DE DADOS.....	113
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	117

<b>ANEXOS.....</b>	<b>119</b>
ANEXO A - PARECER DA PLATAFORMA BRASIL .....	119
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANOPOLIS.....	122

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil, apesar de todas as iniciativas públicas direcionadas as pessoas com deficiência, ainda evidencia-se que essas pessoas não têm acesso igualitário à assistência médica, a educação, as oportunidades de emprego, também carecem de serviços correspondentes à deficiência física que apresentam e sofrem exclusão das atividades da vida (BRASIL, 2011). Apesar da magnitude da questão, ainda vigora pouca consciência e informação científica sobre as questões relativas à deficiência física.

Uma destas questões se refere a falta de consenso sobre a melhor denominação para se referir à população com alguma deficiência (DINIZ, 2007; CHAGAS, 2006; MEDEIROS; SQUINCA, 2006). Segundo Chagas (2006, p.48), durante o século vinte muitos termos foram usados para designar a pessoa com deficiência física, entre estes: “inválidos, incapacitados ou incapazes, defeituosos, deficientes ou excepcionais, pessoas com deficiência, pessoas portadoras de deficiência ou portadores de deficiência, pessoas com necessidades especiais ou portadores de necessidades especiais e pessoa com deficiência”.

Para a Chagas (2006, p.48):

“pessoa com deficiência” é o termo mais apropriado, uma vez que os outros termos se centram na deficiência e não na pessoa, isto é “pessoa com deficiência” expressaria a desvantagem sem qualificá-la. Os limites de algumas terminologias. O termo “pessoa portadora de deficiência” infere que a pessoa é portadora de deficiência transitória, isto é, que ela pode abandoná-la sempre que tiver vontade. Já o termo “pessoa com necessidade especial”, mesmo sendo uma tentativa política de suavizar a deficiência, é considerado um termo inadequado para se referir à população deficiente, afinal, todas as pessoas precisam de cuidados especiais em algum momento da vida.

No estudo foi utilizada a expressão “pessoa com deficiência física” em conformidade com as orientações da Organização das Nações Unidas aprovada na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 02 de julho de 2008, e regulamentada no

Brasil pelo Decreto Legislativo nº 186 de 9 julho de 2008. Porém, em relação a deficiência física, ou simplesmente deficiência física, utilizou-se o conceito que é uma alteração no corpo que provoca dificuldades na movimentação das pessoas e as impede de participarem da vida de forma independente. (FERNANDES; SCHLESNER; MOSQUERA, 2011)

Portanto a deficiência, independente do tipo, remete à ideia de variação de alguma característica corporal ou habilidade qualificada como lesão ou restrição. Por esse motivo, pode-se se dizer que são vários os desafios a serem enfrentados para definir a população deficiente (DINIZ; SQUINCA; MEDEIROS, 2006).

No relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), fica evidente que além da falta de consenso mundial sobre a definição de deficiência física, também vigora a necessidade de informação sobre a realidade social das pessoas acometidas, como a condição socioeconômica em que estão inseridos, a renda familiar, o nível de escolaridade, a idade, o sexo, sua ocupação e estado civil entre outros. Isso sem considerar a incidência, a distribuição e as tendências da deficiência física. Também há escassos documentos com compilação e análise do modo em que os países desenvolvem políticas públicas e respostas para abordar as necessidades das pessoas com deficiência física.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) afirma que as pessoas com deficiência são diversas e heterogêneas, sendo a deficiência enfrentada pela criança que nasceu com uma condição congênita, pelo indivíduo que perdeu a perna no decorrer da vida ou pela mulher que adquiriu artrite na meia idade e até mesmo pelas pessoas idosas com demência. Diante desses fatos, vê-se que as condições de saúde podem ser visíveis ou invisíveis. Desta forma, correlaciona-se a pessoa com deficiência aos diversos fatores pessoais como diferenças de gênero, idade, condições socioeconômicas, sexualidade, etnia e cultura. Cada um desses fatores influencia diretamente nas respostas à deficiência apresentada.

Neste contexto o Brasil tem avançando na implementação de políticas públicas que apoiam o pleno e efetivo exercício da capacidade legal para todas e cada uma das pessoas com deficiência física. Ou seja, cada vez mais nos empenhamos na equiparação de oportunidades para que a deficiência não seja utilizada como motivo de impedimento à realização dos sonhos, dos desejos, dos projetos, valorizando e estimulando o protagonismo e as escolhas das brasileiras e dos brasileiros com e sem deficiência. Esta afirmação pode ser comprovada

no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2011).

Outro exemplo positivo de políticas públicas para essas pessoas é o Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física (2008), aplicado no Estado de Santa Catarina. Este plano é pautado em determinantes sociais, que contribuem para o aumento da prevalência e incidência das deficiências físicas, como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e as mudanças de hábitos de vida, com conseqüente maior exposição aos fatores de risco e inadequado estilo de vida.

Apesar da iniciativa de alguns estados, o grande responsável por mudanças expressivas para a este contingente ainda continua sendo o Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal, pois este é o que determina e executa as ações e os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos brasileiros. A execução pode ser feita diretamente pelo gestor público ou por entidade contratada, desde que de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A crescente demanda de pessoas com deficiência física, associado ao alto custo da assistência e a ausência de avaliação dos resultados dos serviços ofertados, justifica a busca de soluções para aperfeiçoar os serviços existentes, proporcionando melhor qualidade da assistência ofertada a esta população. A Organização Mundial de Saúde (2011) estima que 10% da população mundial tenha algum tipo de deficiência. Entre estes, há desde a deficiência mental até a múltipla, passando pela auditiva, visual e motora, entre outras.

As estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) relativo ao censo de 2010 apontaram preliminarmente para um quadro de 45.623.910 brasileiros (23,9% da população) referindo algum tipo de deficiência.

Ainda conforme as estimativas do IBGE (2010), o Estado de Santa Catarina é formado por uma população residente de 6.248.436 (100%) habitantes, sendo que a população de homens com deficiência física corresponde a 163.547 (5,27%) e a população de mulheres na mesma condição é de 255.646 (8,12%), totalizando no estado uma população residente de 419.193 (6,71%) pessoas com deficiência física.

Neste cenário, mesmo com a pesquisa recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ainda vigora o desconhecimento por parte da sociedade e dos próprios serviços de saúde sobre a realidade de vida destas pessoas, uma vez que, apesar do seu grande número, elas não convivem com as coletividades, dadas as imensas

barreiras sociais, culturais e arquitetônicas criadas. Assim, não se sabe quem é, onde está e como vive a pessoa com deficiência física (OMS, 2011).

O estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis. Foram consideradas pessoas com deficiência física aquelas que apresentaram tetraplegia, paraplegia, hemiplegia direita, hemiplegia esquerda, tetraparesia, paraparesia, hemiparesia direita, hemiparesia esquerda, amputação do membro superior esquerdo, amputação do membro superior direito, amputação do membro inferior esquerdo e amputação do membro inferior direito.

## 1.1 OBJETIVOS

Conhecer na ótica da epidemiologia social o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis, identificando características relacionadas à deficiência, como idade, sexo, condições socioeconômicas, ocupação, estado civil, escolaridade, atividades de lazer, comorbidades, complicações associadas, condições de acessibilidade, tipo e causa de deficiência.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura fundamentou-se na abordagem narrativa, pois esta é uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores. Este método possibilita descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico e contextual (Cordeiro et al, 2007).

Para realizar a revisão narrativa foi usado como descritores as seguintes palavras – chave: pessoa com deficiência, perfil epidemiológico da pessoa com deficiência física, perfil da saúde, avaliação da deficiência, previdência social, defesa das pessoas com deficiência, assistência odontológica a pessoas com deficiência, saúde das pessoas com deficiência, auxiliares de comunicação para pessoas com deficiência e Saúde da pessoa com deficiência.

Nesta perspectiva, pretendeu-se, buscar resultados de outras pesquisas acerca do tema, tentando encontrar teorias ou marcos conceituais utilizados em outros estudos, bem, como avaliar e descrever as opiniões, crenças, e pontos de vista dos autores e de suas experiências com estudos similares.

As Bases de Dados para a referida revisão foram:

— Portal Capes – [www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)

— Biblioteca Virtual em Saúde – <http://www.bireme.br>

A seleção dos artigos considerou o ano de publicação, sendo incluídos os anos de 2008 até 2014, sendo estes selecionados nos idiomas português, inglês e espanhol. A seleção ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2014 e totalizou 56 artigos. Destes, 29 tinham relevância com a pesquisa e 24 foram utilizados.

Frente ao exposto os próximos sub-capítulos discorrerão sobre a realidade e os desafios enfrentados pelas pessoas com deficiência física, legislação vigente e sua efetividade frente a esta parcela populacional, concluindo com as políticas públicas para as pessoas com deficiência.

### 2.1 DEFICIÊNCIA FÍSICA: REALIDADE E DESAFIOS

No Brasil, 45 milhões de pessoas declaram possuir algum tipo de deficiência, segundo o censo do IBGE de 2010. A incidência de deficiência física na população brasileira tem se desenvolvido em decorrência do aumento na expectativa de vida da população, e da violência urbana desencadeada por assaltos, violência no trânsito, entre

outros motivos, alterando paulatinamente o perfil desta população que, anteriormente, era o de deficiências geradas por doenças (IBGE, 2010).

Diferentemente de países que possuem centros de estudos e linhas de pesquisa voltados exclusivamente para a condição social da deficiência, no Brasil ainda são escassas as pesquisas destinadas a este tema. De modo semelhante, poucos são os estudos realizados para análise dos dilemas bioéticos que envolvem a deficiência (CAVALCANTI, 2012).

Apesar do Brasil ser um dos poucos países no mundo que têm uma legislação específica para este expressivo contingente populacional, às pessoas com deficiência física ainda compõem os percentuais mais elevados das estatísticas de exclusão social. Segundo Aranha (2007), o Estado permanente de segregação e de exclusão tem determinado limites claros para o desenvolvimento das pessoas com deficiência física, impossibilitando a construção de uma identidade positiva, de consciência crítica e do exercício da cidadania.

Para corroborar esta afirmação basta proceder à análise da baixa presença de pessoas com deficiência em setores básicos que promovem inclusão, formada pelo acesso à escola, pelo acesso ao trabalho, pelo acesso ao meio urbano e rural, aos transportes e pelo acesso aos serviços de saúde e reabilitação. A pobreza e a marginalização social agem de forma mais cruel sobre as pessoas com deficiência (OMS, 2011).

Segundo Oliver (2010), que analisou a relação entre deficiência e o modo de produção capitalista, a emergência do capitalismo industrial é causa da restrição de atividades impostas à pessoa com deficiência. Quando, ao final do século XVIII na Inglaterra, o trabalho assalariado tornou-se cada vez mais vinculado à indústria de grande escala, as pessoas com impedimentos passaram a ser sistematicamente excluídas do envolvimento direto na atividade econômica. Longas horas de trabalho nas fábricas requeriam padronização na habilidade, velocidade e intensidade na execução das tarefas. Muitas das pessoas com impedimentos físicos, sensoriais e intelectuais tornaram-se incapazes de vender sua força de trabalho sob tais condições. Por isso, gradativamente, elas foram posicionadas na escala social como dependentes e excluídas da produção mercantil.

Assim sendo, pode-se afirmar que a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas alguma coisa que acontece em algum momento de sua vida, daí o seu caráter emergente e temporal. Em síntese, a incapacidade é uma forma de opressão social, discriminação e exclusão, isto é, são as barreiras atitudinais e sociais que incapacitam o indivíduo deficiente.

Nessa perspectiva, a incapacidade não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas se relaciona à influência e a efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Contrapondo ao modelo biomédico, não é a incapacidade que prediz a interação social, mas o contexto social que dá significado à incapacidade (SAMPAIO, 2009).

Para Sampaio (2009), a produção científica atual e os debates com relação às teorias da incapacidade tendem a se apresentar dicotomizados e polarizados nas concepções médica e social. O discurso biomédico, partindo de uma compreensão naturalística da incapacidade, tem como foco o corpo deficiente ou a disfunção em partes do corpo, ao passo que o discurso social vê a incapacidade como resultado de uma (des)organização social, ou seja, uma diminuição de oportunidades sociais para as pessoas. O autor enfatiza que a análise e os debates sobre as teorias existentes para explicar a funcionalidade e a incapacidade humana podem ajudar na concepção de indicadores de saúde mais específicos, bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas.

Considerando-se o modelo social de deficiência, em que a deficiência é um produto das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade, constata-se claramente que o pilar do desenho das políticas públicas voltadas para a população com deficiência ainda está assentado no modelo médico de deficiência. Reforçando as considerações de Oliver (2010), os médicos, chancelados pela legislação vigente, exercem controle sobre aspectos fundamentais da vida de pessoas com deficiência ao definir se elas devem ou não trabalhar, que tipo de escola devem frequentar, quais serviços e benefícios podem receber.

Nas argumentações de Oliver (2010), a perspectiva biomédica reduz a deficiência à categoria de doença corporal e foca no paciente, e não na pessoa. Com isso, a incapacidade é então entendida como consequência biológica do mau funcionamento do organismo; e portanto, o papel do médico é reparar a disfunção corporal, vista como um desvio da normalidade. Por outro lado, a sociologia sugere que o significado de deficiência e de incapacidade emerge de contextos sociais e culturais específicos. Para alguns autores, a incapacidade não tem um significado universal, e estudos antropológicos apontam que em alguns idiomas e culturas não existe o termo “incapacidade” e que as diferenças sociais podem ser categorizadas de distintas formas.

Os movimentos sociais em defesa das pessoas com deficiência têm assumido um papel cada vez mais importante na luta pela melhoria da qualidade de vida dessa população. Suas principais reivindicações

são relacionadas à educação, ao trabalho, à saúde e aos serviços que implicam maior participação dessas pessoas em todos os momentos do convívio social (Cordeiro, 2009).

Relacionando a afirmação de Cordeiro (2009), destaco que quando entendermos que o trabalho tem importante repercussão na vida de todos os indivíduos e este repercute como atividade fundamental para a realização pessoal, no desenvolvimento da autoestima, como forma de interação social, bem como desenvolvedor de sentimentos de pertinência e capacidade, além da construção de identidade e autonomia, entenderemos que devemos buscar políticas públicas que promovam a participação e inclusão dos indivíduos com deficiência no mercado de trabalho.

As oportunidades de acesso ao trabalho das pessoas com deficiência ocorrem de forma lenta e começam a ser incentivadas por meio de fiscalização mais efetiva do Ministério Público do Trabalho (Decreto nº 3299/99), mediante punições às empresas que não vêm cumprindo a lei (FERRONATTO et al., 2008). A fiscalização tornou o tema mais público e possibilitou maior conscientização da população quanto à necessidade de promoção da qualificação destas pessoas (MENDONÇA, 2007).

Os dados da Relação Anual de Informações Sociais do ano de 2007, do Ministério do Trabalho e do Emprego, referente à inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, apontaram um quadro de 37,6 milhões de postos de trabalho, sendo que destes apenas 348,8 mil foram ocupados por pessoas com deficiência (CAVALCANTI, 2012).

Para Cavalcanti (2012), os números evidenciam, também, que a exclusão de pessoas com deficiência intelectual nas atividades relacionadas ao trabalho é maior do que em outras deficiências. Segundo Mendonça (2007), a legislação brasileira é considerada uma das mais avançadas no que diz respeito à inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho possui uma base constitucional e um conjunto de princípios legais que asseguram uma vida digna a essas pessoas. Porém, na prática a inclusão ainda se encontra muito frágil, indicando ser imprescindível a manutenção das leis bem como a qualificação das ações referentes à profissionalização da população com deficiência para o mercado de trabalho, visando promover e garantir a sua participação (TOLDRÁ; SÁ, 2008).

Como afirma Ferronato (2008), a lógica de exclusão social consequente da desinformação e preconceito conduz a atitudes e práticas que dificultam ou impossibilitam as oportunidades e o acesso ao

mercado de trabalho. Para alguns teóricos a deficiência física é tanto uma causa como uma consequência da pobreza, pesquisas indicam que uma em cada cinco pessoas pobres apresenta uma deficiência (OMS, 2011). Para Bieler (2007), a pobreza em geral pode ser refletida nos altos índices de desemprego das pessoas com deficiência física.

O relatório mundial sobre Deficiência (WHO, 2011), descreve que o desemprego desta população é de 80 a 90% na América Latina. Isto evidencia que a exclusão de pessoas com deficiência gera uma perda significativa do Produto Interno Bruto (PIB). No Canadá, este estudo demonstra que 6,7% do PIB se perde devido à falta de contribuições das pessoas com deficiência física e seus cuidadores. Na Europa, a União Mundial de Cegos estima que 70% das pessoas cegas não possuem emprego.

Algumas estimativas sugerem que entre 15 a 20% das pessoas pobres nos países em vias de desenvolvimento vivem em situação de deficiência. No Uruguai, uma pesquisa feita com 500 famílias beneficiárias do Plano de Emergência, isto é, famílias que se encontram em condições abaixo da linha da pobreza indicou que em 25% dos lares havia pelo menos uma pessoa com deficiência e em alguns casos eram mais do que uma (BIELER, 2007).

Deste modo é fundamental que as empresas encarem a inclusão de pessoas com deficiência no contexto do trabalho como uma base para mudanças de atitudes, considerando as diferenças e as singularidades dos indivíduos (ROSS, 2006; TOLDRÁ, 2009).

Para Teixeira (2010), no mercado de trabalho, as pessoas com deficiência são vistas como geradoras de custos, ou seja, a sua inserção nas empresas depende não só da superação de preconceitos, mas também da viabilização econômica de sua adaptação a acessibilidade, tão discutida hoje em dia. O autor enfatiza que quebrar as barreiras arquitetônicas existentes nos estabelecimentos para, a partir de então, receber este grupo requer gastos extras, que muitas empresas não estão dispostas a pagar. Somado a isto, existe o fato de que, algumas dessas pessoas com deficiência necessitam, às vezes como qualquer outra pessoa sem deficiência, se afastar para realizarem algum tipo de tratamento ou consultas especializadas, o que, para as empresas, pode implicar em prejuízos em termos de produtividade.

Nessa lógica é raro observarmos uma pessoa com deficiência física inserida no mercado de trabalho, e quando inclusa, em alguns casos, a empresa não disponibiliza a ergonomia adequada e/ou treinamento para desenvolver a atividade. Ou seja, embora exista, no Brasil um sistema avançado para assegurar direitos às pessoas com

deficiência, existe também a distância entre a teoria e a prática. A fraca participação dessas pessoas no mercado de trabalho brasileiro decorre, então, de uma fiscalização insuficiente e da carência de estímulos e instituições que viabilizem a formação e reabilitação deste grupo (TEIXEIRA, 2010).

Para Bernardes (2008), as pessoas com deficiências constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência, e por conseguinte, diferentes necessidades.

Um dos grandes desafios para a sociedade no século XXI é conviver com respeito à diversidade e assegurar o direito à igualdade. Isso inclui a convivência com pessoas com deficiência. No caso das pessoas deficiência auditiva, implica ainda o reconhecimento da língua de sinais e da cultura da população surda (CHAVEIRO, 2013).

O autor citado anteriormente, destaca que o não reconhecimento dessa peculiaridade linguística dificulta o acesso da população surda aos serviços de atenção básica oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A ausência de intérpretes e a falta de preparo dos funcionários no atendimento aos surdos são aspectos que fragilizam o vínculo comunicativo na realização de tratamento adequado. Torna-se imperativo que profissionais da saúde conheçam as questões que envolvem a identidade e cultura surda, a fim de não comprometer a assistência que lhe é prestada.

Vários são os problemas enfrentados por esse grupo de pessoas, até quando se trata do espaço físico público. Como exemplo temos a arquitetura da maioria de nossas cidades, onde as pessoas com deficiência se vêm com dificuldade e, até mesmo, impedidas de viver com qualidade e autonomia. Isso inclui espaços de lazer, transportes públicos, repartições, edifícios, escolas, universidades, sanitários públicos, entre outros, inclusive em calçadas que, na maioria das cidades, não estão adaptadas às necessidades dessas pessoas. Facilmente, são observados espaços, equipamentos e comportamentos da sociedade, em sua maioria, seguindo um padrão que atende somente às necessidades das pessoas tidas como normais (TEIXEIRA, 2010).

## 2.2 A DEFICIÊNCIA FÍSICA E A LEGISLAÇÃO VIGENTE

O conceito de “deficiência”, nos remete ao decreto nº 5296, de 02 de dezembro de 2004, o qual descreve que a “pessoa com deficiência é aquela que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade”. De acordo com Gugel (p. 29, 2007):

“[...] esta concepção não reflete o reconhecimento de que a pessoa com deficiência é sujeito de direitos e, portanto, deve gozar das mesmas e todas as oportunidades disponíveis na sociedade, independente do tipo ou grau de sua deficiência. Essa concepção que durante algum tempo foi utilizada para fazer menção às pessoas com deficiência, carrega em si, o estigma da impossibilidade e da incapacidade, corroborando para interpretações que subsidiam a segregação que perpassa a vida desses sujeitos.”

Segundo o autor Bartalotti (2006) a incapacidade não está na deficiência em si, mas nas dificuldades que podem aparecer quando se confrontam as alterações relacionadas à deficiência com as demandas sociais.

Deficiência refere-se à perda ou anormalidade de estrutura ou função do corpo, assim, são relativas a toda alterações do corpo ou da aparência física, de um órgão ou de uma função, qualquer que seja a sua causa. Em princípio, deficiência significa perturbações no nível do órgão (BRASIL, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) há diferenças entre Deficiência/*Impairment*, Incapacidade/*Disability* e Desvantagem/*Handicap*. Nessa ótica a deficiência é compreendida como perda ou anormalidade da estrutura ou função do corpo, e a incapacidade é a restrição de atividades em decorrência de uma deficiência. Logo, a desvantagem se refere à condição social de prejuízo, resultante de deficiência e/ou incapacidade.

A relação entre deficiência e incapacidade ressalta que a marginalização do deficiente é social, já que existem mecanismos de compensação da deficiência que possibilitam viver dignamente e “tocar a vida” cotidianamente. Não basta a deficiência para que ocorra a exclusão, a resposta que a sociedade dá a esta limitação física é determinante.

O Decreto nº 5.296/04, art. 5º e o Decreto nº 3.298/99, art. 4º, definem que o termo deficiência física compreende a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo,

membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2008).

Segundo o relatório mundial sobre Deficiência (WHO, 2011), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Nos próximos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência terá aumentado. Esta afirmativa considera que o envelhecimento das populações é o maior risco de deficiência na população de mais idade.

Entretanto, percebe-se, na legislação mais recente, que o modelo social de deficiência tem influenciado a elaboração de leis e normas e, conseqüentemente, o desenho das políticas públicas.

Conforme a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade possibilita às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente nos diversos domínios da existência. O Decreto nº 6.214/2007, que trata do Benefício de Prestação Continuada (BPC), considera os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para avaliação da deficiência, introduzindo parâmetros ambientais, sociais e pessoais. Há diversas leis, decretos e normas que tratam da questão da eliminação de barreiras e obstáculos ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, a exemplo das Leis nº 10.048 e nº 10.098, de 2000; Lei nº 10.226/2001, Lei nº 10.436/2002 e da Lei nº 11.126/2005.

Subentende-se que as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, com níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação as pessoas sem deficiência. Esse pensamento pode estar relacionado, ou não, ao fato das pessoas com deficiência enfrentarem barreiras no acesso a serviços que muitos de nos consideram garantidos, como acesso à saúde, à educação, ao emprego, ao transporte, e à informação.

Em nosso país, a política de inclusão social das pessoas com deficiência física existe desde a Constituição de 1988, que originou a Lei nº 7.853/1989, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 3.298/1999. Esses documentos nacionais, junto a outros, com destaque para as Leis nº 10.048 e 10.098, de 2000 e o Decreto nº 5.296/2004, conhecido como o decreto da acessibilidade, colocaram o Brasil em conformidade com o ideário da Convenção da Organização das Nações

Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006). Também cabe ressaltar que as questões referentes às pessoas com deficiência física são conduzidas na esfera dos direitos humanos desde 1995, quando passou a existir, na estrutura do Governo Federal, a Secretaria Nacional de Cidadania do Ministério da Justiça.

Deve-se destacar a luta ininterrupta a favor da promoção e defesa dos direitos desse grupo. As pessoas com deficiência escrevem no Brasil e na ONU a sua história. Os avanços e conquistas se traduzem em redução das desigualdades e equiparação das oportunidades.

O momento político atual de diálogo é um ambiente propício à efetivação dos direitos das pessoas com deficiência física. Assim é salutar ampliar o debate sobre as questões sociais, econômicas e políticas, para sustentar a capacidade de intervir e propor soluções efetivas de inclusão nos mais diversos campos da realização da cidadania desta expressiva parcela da população brasileira. Neste contexto, o movimento em defesa dos direitos humanos e de vida assume o papel de ser um indutor das transformações sociais visando caminhar para uma sociedade inclusiva.

Dentro deste panorama a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial (OMS, 2011), apelam aos governantes dos países para que adotem estratégias nacionais e planos de ação para inverter o quadro atual. As sugestões feitas pelos dois organismos mundiais estimulam promover ações de sensibilização junto da população e apoiar as investigações científicas nesta área.

A adoção dessa nova perspectiva e da absorção dos novos referenciais teóricos na legislação tem impactado a formulação de políticas públicas para pessoas com deficiência e para o restante da sociedade. A arquitetura e o urbanismo das cidades têm sofrido modificações a fim de promover o acesso das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. Os meios de transporte, a comunicação e a informação de massa estão sendo adaptados para garantir a inclusão social desse segmento. No campo da saúde, têm-se investido recursos em reabilitação, órteses e próteses, desenvolvimento de novas tecnologias e em promoção de qualidade de vida. Para isso, recursos públicos e privados têm sido investidos e vários questionamentos têm surgido no tocante à alocação de recursos públicos para o que é considerada uma minoria.

Todavia, ainda são muitos os problemas encontrados pelas pessoas em relação às boas condições de acessibilidade aos prédios públicos, inclusive os do sistema de saúde. No caso das unidades básicas de saúde (UBS), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de

estruturas adequadas aos portadores de deficiências, muitas vezes em decorrência da utilização de edificações adaptadas. Mesmo as construções mais recentes e projetadas para abrigar UBS são alvos de reclamações dos usuários por apresentarem condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso às pessoas (SIQUEIRA, 2009).

A lei orgânica da saúde (Decreto nº 3298/99), em seu artigo 23, capítulo II, diz que é de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento às pessoas com deficiência. É, portanto, responsabilidade da atenção básica estar preparada para o atendimento desta importante demanda que recorre às UBS em busca de assistência à saúde.

Conforme a Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT/NBR 9050/1994), promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos meios de transportes e de comunicação.

Ter todo um aparato jurídico a favor, não necessariamente quer dizer que a realidade das pessoas com deficiência está condizente com o adequado. Por outro lado, na medida em que o processo de inclusão avança, e que o convívio entre pessoas com e sem deficiência se torna mais frequente, a legislação assume papel coadjuvante e, naturalmente, os indivíduos começam a questionar um histórico de exclusão e passam a exigir uma sociedade mais consciente, mais equilibrada em torno de suas diferenças, mais justa e pensada para todos.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O Brasil tem avançado na implementação dos apoios necessários ao pleno e efetivo exercício da capacidade legal por todas e cada uma das pessoas com deficiência. Ou seja, cada vez mais nos empenhamos na equiparação de oportunidades para que a deficiência não seja utilizada como motivo de impedimento à realização dos sonhos, dos desejos, dos projetos, valorizando e estimulando o protagonismo e as escolhas das brasileiras e dos brasileiros com e sem deficiência.

Um exemplo desse avanço se refere ao lançamento do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011. Assim o Governo Federal ressalta o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL,

2008) ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional.

A proposta do Viver sem Limite é que o Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios façam com que a Convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. Elaborado com a participação de mais de 15 ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), que trouxe as contribuições da sociedade civil, o Plano Viver sem Limite envolve todos os entes federados e prevê um investimento total no valor de R\$ 7,6 bilhões até 2014 ( Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011).

O Plano Viver sem Limite conceitua pessoas com deficiência, define as diretrizes para estas e implementa os eixos de atuação conforme se segue:

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.

Art. 3º São diretrizes do Plano Viver sem Limite:

- I - garantia de um sistema educacional inclusivo;
- II - garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado;
- III - ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional;
- IV - ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza;
- V - prevenção das causas de deficiência;
- VI - ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação;
- VII - ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; e
- VIII - promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva.

Art. 4º São eixos de atuação do Plano Viver sem Limite:

- I - acesso à educação;

- II - atenção à saúde;
- III - inclusão social; e
- IV - acessibilidade.

As políticas, programas e ações integrantes do Plano Viver sem Limite e suas respectivas metas pretendem ser um marco para melhorar a condição social e a qualidade de vida das pessoas com deficiência física.

Paralelamente às políticas do Governo Federal, em articulação com o Ministério da Saúde, os estados também propõem medidas de intervenção visando ampliar a inclusão da pessoa com deficiência física. Neste contexto destaca-se o Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, lançado no estado de Santa Catarina no ano de 2008.

O Estado de Santa Catarina (SC) legitima o que está na Constituição Estadual, nos artigos 190 e 191, que tratam dos direitos das pessoas portadoras de deficiência física, prevendo programas de assistência social e determinando que caiba ao Estado a formulação e execução da política de atendimento à saúde das pessoas com deficiência.

A elaboração do Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina, em consonância com as normas federais, constituiu uma importante oportunidade para o início do processo de reconhecimento dos direitos destes cidadãos, com a possibilidade de ampliar as ações e áreas envolvidas, numa perspectiva de busca progressiva da integralidade e universalidade das ações de saúde.

É importante destacar que as atividades implementadas a partir da execução do Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física objetiva garantir o acesso destes cidadãos a um conjunto de ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, considerando qualquer nível de atenção à saúde, desde o primário, intermediário ou de referência.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

É baseado em conceitos teóricos do referencial de Rita Barradas Barata (BARATA, 2004) e Asa Cristina Laurell (LAURELL, 1976) tendo como marco conceitual a Epidemiologia social.

*“O comentário mais habitual ao se falar de epidemiologia social é a indagação se toda epidemiologia não é social. Afinal, por definição, os fenômenos estudados pela epidemiologia pertencem ao âmbito coletivo e, portanto, devem remeter ao social”.* (BARATA, 2004)

*“A epidemiologia social se distingue pela insistência em investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença”.* (LAURELL, 1976)

#### 3.1 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

As coletividades adoecem e morrem da própria vida. O processo de viver, adoecer e morrer está colado e se estabelece na própria vida das pessoas. Portanto, a epidemiologia social busca, para além de fragilidades que resultam nos adoecimentos. Ela objetiva também, investigar as fortalezas e capacidades de enfrentamento aos problemas de saúde. Isso implica em investigar as desigualdades sociais, nas quais, por um lado constata-se determinantes que resultam em melhorias do processo de viver, que convivem com outros processos que determinam o adoecimento e morte das coletividades. Segundo Laurell(1976), a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos.

A análise da determinação causal das doenças em uma coletividade humana, dividida em classes sociais ou grupos específicos de populações, exige da epidemiologia uma interação transdisciplinar e estabelece sua dependência a outras ciências a exemplo das: Ciências Sociais (Antropologia, Sociologia, Etnologia); Ciência Política; Estatística; Economia; Demografia; Ecologia, Geografia da Saúde e História (BARATA, 2004).

Vale ressaltar que enquanto a clínica trata a doença individualmente, a epidemiologia social aborda o processo saúde-doença em populações ou grupos de pessoas. Na atualidade vigora um

forte consenso sobre a importância dos aspectos sociais e seus efeitos sobre a saúde.

Segundo Rita Barata (2004, p.29):

[...] o processo saúde/doença é responsável pela grande cisão da epidemiologia moderna em epidemiologia social e epidemiologia clínica, sendo essa última, fundamentada na aplicação de métodos epidemiológicos à prática clínica e a primeira, para a ciência que responde às demandas da medicina preventiva e promoção da saúde.

No entanto, a autora ressalta que a epidemiologia social tem forte relação com a teoria da multicausalidade das doenças e as necessárias intervenções socioeconômicas para redução da pobreza, melhoria das condições de vida e saneamento do meio ambiente. Pois ao longo dos dois últimos séculos foram se acumulando evidências de que tanto o nível de pobreza quanto o contexto social em que as pessoas se desenvolvem importa na determinação do estado de saúde, ou seja, indivíduos pobres vivendo em ambientes degradados apresentam pior estado de saúde do que indivíduos pobres vivendo em ambientes melhores. (BARATA, 2014)

Para Laurell (1976), a epidemiologia social deve ser compreendida como a ciência que estuda o comportamento das doenças e da capacidade de enfrentamento a estas por uma determinada comunidade, levando em consideração diversas características ligadas à pessoa, espaço físico e tempo, possibilitando determinar medidas de prevenção e controle, indicadas para o problema em questão, como também avaliar quais serão as estratégias a serem adotadas e se as mesmas são relevantes, diminuindo e controlando a ocorrência da doença em análise.

Desta forma, as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem apresentar uma patologia coletiva diferente. Finalmente, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas. (LAURELL, 1976).

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A observação dos fatores socioeconômicos em saúde, estendendo-se a todas as camadas da sociedade, é bastante antigo. A

epidemiologia social não é nova, tampouco as correntes hoje existentes podem ser vistas como uma simples continuidade dos estudos históricos. Há atualmente um consenso sobre a importância dos aspectos sociais e seus efeitos sobre a saúde. No entanto, as concordâncias se encerram aí. As divergências entre as diversas escolas aparecem em relação à teoria social subjacente, à adoção do conceito de causalidade ou determinação, aos conceitos-chaves para a condução das pesquisas e ao nível de análise dos fenômenos no plano individual ou coletivo. (BARATA, 2005)

Segundo Barata (2005), como decorrência dessas diferentes opções teóricas surgem vários modelos explicativos na epidemiologia social, gerando distintas vertentes no trabalho epidemiológico. Esses modelos são todos consideravelmente mais amplos e complexos, criando problemas consideráveis com respeito à disponibilidade de dados e de métodos analíticos apropriados. Portanto, além de nem toda epidemiologia poder ser denominada de social, ainda haveria que distinguir entre diferentes epidemiologias sociais. Assim, percebe-se que é inquestionável a evolução e as muitas definições da epidemiologia, até abarcar, presentemente, todos os fenômenos relacionados com a saúde das populações, destacando, a epidemiologia social. Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Assim, a epidemiologia social investiga a doença através de variáveis ou fatores populacionais.

Essas variáveis ou fatores populacionais são características da população que podem ser quantificadas, isto é, ter sua quantidade medida. A quantificação fornece dados para o planejamento e a avaliação dos serviços de saúde; o reconhecimento dos fatores causadores de doenças possibilitando a prevenção; a avaliação dos efeitos dos métodos usados no controle das doenças; a descrição da história natural das doenças e a classificação das doenças. A articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes. Na sociedade capitalista, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista. (BARATA, 2004)



## 4. METODOLOGIA

Neste capítulo, encontra-se apresentado o percurso metodológico para o alcance dos objetivos delineados para esta pesquisa.

### 4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

#### 4.1.1 População

A população do estudo foi constituída por pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis/Santa Catarina, as quais foram identificadas nos Centros de Saúde conforme área de abrangência. Florianópolis possui 50 Centros de Saúde com 111 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESFs) distribuídas entre estes (PMF/SMS, 2013).

#### 4.1.2 Amostra do Estudo

A amostra mínima estabelecida por cálculo amostral foi de 139 pessoas, considerando 95% de confiabilidade e um erro amostral de 8%. Esta amostra foi selecionada a partir das equipes de estratégia de saúde da família (ESFs), as quais forneceram informações relacionadas à área de cobertura e a existência de pessoas com deficiência física na região. Para isso, foram visitados os 50 centros de saúde do município de Florianópolis buscando identificar frente os agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam nas ESFs, as pessoas com deficiência pertencentes a comunidade. Tal conduta partiu da definição prévia da cobertura do município pela ESFs ser de 100% e de que o número de famílias adscritas a cada equipe não sofre variação. Assim, todos os domicílios a ela adscritos que possui pessoas com deficiência física foram investigados na busca do perfil epidemiológico.

Para realização do cálculo amostral utilizou-se a seguinte formula:

$$n = N / (e^2 * N + 1) \text{ (BARBETTA, 2007)}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

N = tamanho da população

e<sup>2</sup> = erro amostral ao quadrado.

Quadro 1 - População e Cálculo Amostral

	Dados	
População Santa Catarina	N	% do total
Total em Santa Catarina	6.248.436	100
Com deficiência motora	419.193	6,71
Total Masculino	3.100.360	49,62
Masculino com deficiência motora	163.547	2,62
Total Feminino	3.148.076	50,38
Feminino com deficiência motora	255.646	4,09
Florianópolis	421.249	6,74
Com deficiência em Florianópolis	28.261	0,45
Com deficiência masculino	11.026	0,18
Com deficiência feminino	17.235	0,28
Média de deficientes por CS	164,31	0,0026

Quadro 2 - Cálculo da Amostra – grau de confiança 95%

Erro amostral	8,00%
Tamanho Geral da amostra	139

#### 4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

- Critérios de inclusão: Foram incluídas no estudo as pessoas com deficiência física, sendo aquelas que apresentaram tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, tetraparesia, paraparesia, hemiparesia, amputação do membro superior esquerdo, amputação do membro superior direito, amputação do membro inferior esquerdo, amputação do membro inferior direito, de ambos os sexos, residentes no município de Florianópolis, que aceitaram o convite para participar do estudo e que tiveram condições de responder ao entrevistador no momento da aplicação do instrumento de coleta de dados além de concordar em assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). No caso de pessoas com deficiência física menores de idade, foram convidados os responsáveis legais para acompanhar a entrevista.

- Critérios de exclusão: Foram excluídas do estudo as pessoas com deficiência motora que não tiver condição clínica e mental para responder ao entrevistador no momento da coleta de dados.

#### 4.3 ENTREVISTA ESTRUTURADA

A entrevista estruturada fundamentou-se na utilização de formulário de perguntas como instrumento de coleta de informações, garantiu que a mesma pergunta fosse feita da mesma maneira para todas as pessoas pesquisadas. Para Gil (2010) o termo entrevista refere-se ao ato de perceber, que é realizado entre duas pessoas, porém, seguindo um rigor metodológico e científico. O autor descreve que a entrevista se desenvolve a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados, que geralmente são em grande número. Desta forma, tal técnica permite que sejam utilizados entrevistadores, os quais devem ser previamente capacitados.

Segundo May (2004, p. 148) “a supervisão do desempenho” é fundamental para que os entrevistadores realizem adequadamente a atividade de pesquisa. Gil (2010) destaca que o entrevistador deve ter cuidado para não influenciar ou interpretar as respostas, apenas deve reproduzi-las, sem nenhuma improvisação.

##### 4.3.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Além do pesquisador, foram selecionados quatro (04) entrevistadores. Os critérios de seleção foram a análise do currículo, a experiência prévia em pesquisa e a disponibilidade de 20 horas semanais para a coleta de dados e o ensino médio completo como escolaridade. Os entrevistadores receberam treinamento com duração de 15 horas, que incluiu leitura do formulário, palestra sobre ética na pesquisa, simulação de aplicação do formulário entre os próprios entrevistadores e realização do pré-teste. A realização dos treinamentos ocorreu entre dezembro de 2013 a janeiro de 2014. No decorrer da pesquisa foram realizadas semanalmente reuniões com os entrevistadores para recebimento e entrega de material. As reuniões também tiveram por objetivo esclarecer eventuais dúvidas e motivar os entrevistadores frente a coleta de dados.

### **4.3.2 Pré-Teste do Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento de coleta de dados foi previamente testado com pessoas que não fizeram parte da amostra final do estudo. O pré-teste foi realizado entre o período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, com a aplicação do questionário a 21 pessoas com deficiência física que foram selecionadas aleatoriamente em instituições de longa permanência de Florianópolis. Esta fase do estudo encerrou-se na 19ª versão do instrumento de coleta de dados. Conforme os resultados e as situações identificadas no pré-teste, foram realizados os ajustes necessários no instrumento de coleta de dados e na logística do trabalho de campo possibilitando os ajustes necessários para aplicação do mesmo.

### **4.3.3 Coleta dos Dados**

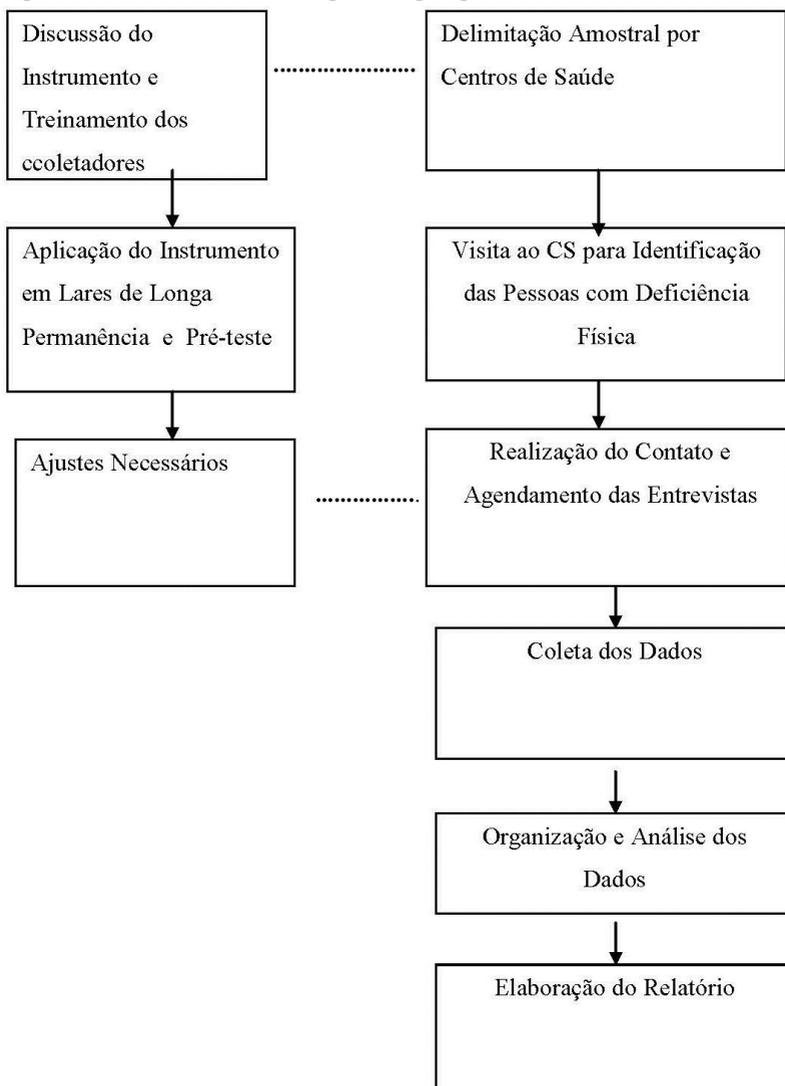
A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2014, e para maior adesão dos participantes no estudo, os entrevistadores agendaram as entrevistas por meio de contato telefônico. As entrevistas foram realizadas na residência dos pesquisados, com a presença de outra pessoa além do entrevistador e do entrevistado.

Os entrevistados receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE ) para ser lido, preenchido e assinado. Foi distribuída duas cópias do TCLE para cada entrevistado. Uma cópia foi entregue ao entrevistado e a outra, contendo os dados e a assinatura do entrevistado foi armazenada pelos entrevistadores.

Os dados foram coletados através de entrevista estruturada utilizando formulário padronizado (Apêndice A) via digital e estes foram armazenados em um provedor virtual (Go Canvas), que é um serviço de software o qual permite coletar informações por meio de dispositivos móveis, compartilhando as informações e as integrando com os sistemas subsequentes para o processamento. Foi considerado como perdas os casos em que os sujeitos expressaram sua vontade em não participar da pesquisa (recusa) e aqueles que após três tentativas de preenchimento do formulário, não demonstraram disponibilidade ou condições de saúde para respondê-lo.

#### 4.4 DESENHO METODOLÓGICO

Figura 1 - Desenho metodológico da pesquisa



Neste estudo foram adotadas frente aos fatores relacionados com a população as definições do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010). Assim estes são definidos como: idade, sexo, ocupação e situação socioeconômica, grupos específicos (etnia, religião, local de nascimento e outros), aspecto geral de saúde (gravidez, puberdade, menopausa e outros) e condições de vida (habitação, educação, saneamento, assistência à saúde). Para realização da pesquisa foram investigadas as seguintes variáveis descritas abaixo:

1. Idade – Refere-se ao cálculo do mês e ano de nascimento.
2. Sexo – Diferença física ou conformação especial que distingue o macho da fêmea
3. Cor ou raça: Refere-se a cor ou raça declarada pela pessoa.
4. Grau de escolaridade – É o cumprimento de um determinado ciclo de estudos ou os anos de educação formal.
5. Estado civil – Também denominado estado conjugal, é a situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal.
6. Ocupação – Atividade realizada que caracteriza profissão, emprego, negócio ou trabalho.
7. Renda Média Mensal – Rendimento nominal mensal habitual, no mês de referência. Este rendimento é a soma dos rendimentos mensais habituais, recebidos ou que a pessoa teria direito a receber, no mês de referência, considerando o salário-mínimo vigente.
8. Domicílio: é o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal.

Algumas das variáveis descritas anteriormente foram usadas para medir o nível de associação e/ou correlação com demais variáveis do estudo. O quadro a seguir classifica estas variáveis

Quadro 3 - Classificação estatística das variáveis

Variável	Descrição	Tipo
Idade	número de anos completos a partir da data de nascimento	Quantitativa discreta
Sexo	Diferença física dicotômica (masculino e feminino)	Qualitativa
Escolaridade	Tempo de frequência ou de permanência formal na escola.	Quantitativa discreta
Renda Média Mensal	Rendimento nominal mensal habitual, no mês de referência.	Quantitativa contínua

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram importados para um banco de dados, onde receberam tratamento frente a padronização das terminologias decorrentes das questões abertas, bem como a exclusão de acentuação. Após o tratamento do banco ocorreu a análise dos dados por meio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), que permitiu o tratamento quantitativo de grande número de dados. O SPSS apresenta-se como uma ferramenta importante no auxílio da pesquisa em várias áreas do conhecimento, sendo um programa projetado para atender ao usuário que não precisa de conhecimentos computacionais e que pretende aplicar as mais usuais técnicas estatísticas em seus trabalhos. A consolidação e análise dos dados proporcionou o entendimento sobre o processo de viver da pessoa com deficiência física residente em Florianópolis, possibilitando conhecer as formas de enfrentamento destas pessoas frente as diferentes condições de saúde e o viver em sociedade.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi aprovado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS) e pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e encontra-se no Anexo B. Sua execução ocorreu de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS-MS, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. A pesquisa e um sub-projeto de um macro-projeto (O cuidado à saúde do deficiente físico em

Santa Catarina – realidade e desafios). Também foram esclarecidos a todos os integrantes do estudo os aspectos éticos e a liberdade de participar, ou retirar-se no decorrer da pesquisa, bem como foi explicado que o uso dos dados adquiridos será apenas para fins exclusivos desta pesquisa, sem nenhuma repercussão na vida dos participantes da mesma.

Os entrevistadores receberam treinamento sobre os princípios da ética na pesquisa, incluindo a garantia da privacidade dos sujeitos e da confidencialidade dos dados obtidos. Apenas as pessoas que concordaram em participar da pesquisa após terem sido esclarecidas sobre ela e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) foram entrevistados.

## 5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados na forma de dois manuscritos conforme Normativa 10/PEN/2011 que regulamenta a apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Neste sentido, o primeiro manuscrito aborda a proposta da pesquisa e destaca o perfil epidemiológico da pessoa com deficiência física residente em Florianópolis, e considera que a causa predominante de sua ocorrência é o acidente vascular cerebral, sendo esta condição influenciada pela ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis. O segundo manuscrito trata da determinação social do processo saúde-doença da pessoa com deficiência e considera que os aspectos sociais interferem na saúde coletiva, sendo as desigualdades sociais indutoras negativas do processo.

## 5.1 MANUSCRITO 1 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS

*Perfil Epidemiológico da Pessoa com Deficiência Física Residente em Florianópolis*<sup>1</sup>

Giovani Cavalheiro Nogueira<sup>2</sup>  
Soraia Dornelles Schoeller<sup>3</sup>

**Resumo:** A incidência de deficiência física na população brasileira tem se desenvolvido em decorrência do aumento na expectativa de vida da população, e da violência urbana desencadeada por assaltos, violência no trânsito, entre outros motivos, alterando paulatinamente o perfil desta população. Atualmente existem mais de 13 milhões de brasileiros apresentando deficiência física, o que corresponde a 6,95% da população do país. Este estudo visa descrever o perfil epidemiológico da pessoa com deficiência física residente em Florianópolis/SC. Trata-se de um estudo quantitativo com análise descritiva, cuja amostra foi determinada por cálculo estatístico considerando a população do município e a cobertura de saúde ofertada pelos Centros de Saúde. A análise estatística descritiva foi realizada com o software SPSS. Frente aos resultados, conclui-se que as Doenças Crônicas não Transmissíveis, entre estas a Hipertensão Arterial Sistêmica está associada a deficiência física. Assim, é fundamental que os gestores que atuam em saúde implementem ações que promovam a diminuição destes agravos, bem como a conscientização da população frente aos fatores de risco.

**Descritores:** Perfil Epidemiológico, Pessoas com Deficiência, Epidemiologia Social.

---

<sup>1</sup> Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “Perfil Epidemiológico da Pessoa com Deficiência Física Residente em Florianópolis”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2014.

<sup>2</sup> Enfermeiro, professor do Instituto Federal de Educação/ Florianópolis, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC. Coordenadora do Grupo (Re)Habilitar-UFSC.

## **Epidemiological Profile of Persons with Disabilities Residing in Florianópolis**

**Abstract:** The incidence of disability in Brazil has developed due to the increase in life expectancy of the population, and urban violence triggered by assaults, road rage, among other reasons, gradually changing the profile of this population. Currently there are more than 13 million Brazilians presenting motor disability, which corresponds to 6.95% of the population. This study aims to describe the epidemiological profile of the person with physical disability living in Florianópolis/SC. This is a quantitative study with descriptive analysis, whose sample was determined by statistical calculation considering the population of the municipality and the health coverage offered by health centers. Descriptive statistical analysis was performed with SPSS software and found that the predominant cause of motor disability is cerebral vascular accident, affecting more males. The aforementioned results, it is concluded that chronic noncommunicable diseases, among these the Systemic Arterial Hypertension is associated with motor disabilities. Thus, it is critical that managers who work in health take actions that promote the reduction of these diseases, as well as the conscientization of the population facing the risk factors.

**Descriptors:** Epidemiological Profile, People with Disabilities, Social Epidemiology.

## **Perfil epidemiológico de las personas con discapacidad que residen en Florianópolis**

**Resumen:** La incidencia de la discapacidad en Brasil ha desarrollado debido al aumento de la esperanza de vida de la población, y la violencia urbana provocada por las agresiones, la rabia del camino, entre otras razones, cambiando gradualmente el perfil de esta población. En la actualidad hay más de 13 millones de brasileños que presentan discapacidad motora, lo que corresponde a 6,95% de la población. Este estudio tiene como objetivo describir el perfil epidemiológico de la persona con discapacidad física de estar en Florianópolis/SC. Se trata de un estudio cuantitativo con análisis descriptivo, cuya muestra se determinó por cálculo estadístico teniendo en cuenta la población del municipio y de la cobertura de salud ofrecido por los centros de salud. Análisis estadístico descriptivo se realizó con el software SPSS y se encontró que la causa predominante de discapacidad motora es el

accidente vascular cerebral, que afecta más a los hombres. Los resultados anteriormente mencionados, se concluye que las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la hipertensión arterial sistémica se asocia con discapacidades motoras. Por lo tanto, es crítico que los gerentes que trabajan en la salud toman acciones que promuevan la reducción de estas enfermedades, así como la concientización de la población frente a los factores de riesgo.

**Descriptor:** Perfil Epidemiológico, Personas con Discapacidades, Epidemiología Social.

## INTRODUÇÃO

De acordo com último Censo Demográfico realizado no Brasil, em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a População Brasileira é formada por 190.755.790 (100%) de habitantes. Destes cerca de 45.623.910 brasileiros, ou seja 23,9% da população refere algum tipo de deficiência, podendo esta ser visual, auditiva, motora, mental e/ou intelectual (IBGE, 2010). Os dados divulgados pelo IBGE trazem informações importantes, pois quantificam que mais de 13 milhões de pessoas apresentam deficiência motora, o que corresponde a 6,95% da população do país. Neste contexto, a prevalência de deficiência física é mais significativa no sexo feminino, afetando 9,75%, das mulheres, o que representa 8 milhões desta população. No sexo masculino a prevalência descrita fica em 5,33%, o que totaliza 5 milhões de homens (IBGE, 2013).

Segundo Fonseca e Lima (2008), a deficiência física desenvolve-se ao nível dos membros superiores ou inferiores comprometendo a coordenação motora. Desta forma, esta disfunção afetará o indivíduo, no que diz respeito à mobilidade.

Ainda conforme as estimativas do Censo Demográfico (IBGE, 2010), o Estado de Santa Catarina é formado por uma população residente de 6.248.436 (100%) habitantes e a população de homens com deficiência física corresponde a 163.547 (5,27%) e a população de mulheres na mesma condição é de 255.646 (8,12%), totalizando no estado uma população de 419.193 (6,71%) pessoas com deficiência física.

Apesar do censo recente do IBGE, que aponta para um número significativo de pessoas com deficiência física, ainda evidencia-se o desconhecimento por parte da sociedade e dos próprios serviços de saúde sobre a realidade de vida destas pessoas, uma vez que, apesar do

seu grande número, elas não convivem com as coletividades, dadas as imensas barreiras sociais, culturais e arquitetônicas criadas. Assim, não sabemos quem são, onde estão e como vivem essas pessoas (OMS, 2012).

Estes questionamentos apontam para o desconhecimento do perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física que residem em Florianópolis – Santa Catarina, Brasil. Assim, é necessário reunir informações para responder as perguntas relacionadas às causas desencadeantes deste tipo de deficiência, bem como as principais necessidades para essa parcela da população. Diferentemente de países que possuem centros de estudos e linhas de pesquisa voltados exclusivamente para a condição social da deficiência, no Brasil ainda são escassas as pesquisas destinadas a este tema (CAVALCANTI, 2012).

Convém salientar que o estudo do perfil epidemiológico em coletividades humanas possibilita analisar os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença das populações. Ao analisar os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, conheceremos a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, bem como os danos à saúde e os eventos associados. Este entendimento é fundamental para o aperfeiçoamento das políticas públicas, pois permite propor medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças. Em suma, com o estudo do perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física, será possível melhorar o planejamento, a administração e avaliação das ações de saúde para esta parcela da população (ROUQUAYROL, 2009).

Na formulação de programas, ações ou iniciativas voltadas para as pessoas com deficiência, seja no âmbito privado ou na esfera pública, deve-se ter como ponto de partida a realidade social em que estão inseridas estas pessoas. Do contrário, as políticas públicas e as iniciativas de entidades privadas, mesmo que bem-intencionadas, terão limitações em abrangência e efetividade (BARATA, 2010). Espera-se que o presente estudo possibilite um novo olhar dos gestores em saúde para com a atenção das pessoas com deficiência motora.

Na concepção de Krieger (2009), a saúde é um fenômeno social e humano, considerando os indivíduos nas dimensões de seus processos sociais e históricos, na expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, relacionadas com a história e a práxis humana, isto é, com os espaços de liberdade dos indivíduos e da coletividade, o que resulta na conformação de distintos perfis

epidemiológicos. Segundo Barata (2010) o compromisso da epidemiologia social com a melhoria da saúde das populações e com a redução das desigualdades sociais obriga todos que se reconhecem como atores na arena da saúde coletiva, a prosseguirem no desenvolvimento de novas teorias, novas estratégias de investigação e novas ferramentas de análise que possam, cada vez mais, fornecer elementos corretos para orientar as intervenções sociais no campo de saúde e a formulação de políticas públicas baseadas no reconhecimento dos direitos de cidadania, na garantia das liberdades democráticas e na busca da felicidade humana.

O presente estudo objetivou identificar o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, entendendo quem são essas pessoas e como elas vivem. Seu desenvolvimento possibilitou conhecer algumas das características relacionadas à deficiência física, como idade, sexo, condições socioeconômicas, ocupação, estado civil, escolaridade, atividades de lazer, tipo e causa de deficiência, as comorbidades e complicações associadas e as condições de acessibilidade que são disponibilizadas a este grupo de pessoas.

Este estudo é parte da pesquisa PRONEX, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina, intitulada: **“O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidades e desafios”**.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa cujo objetivo principal foi descrever o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis/SC. Para Aragão (2011), os estudos transversais são capazes de visualizar a situação populacional em um determinado tempo, como instantâneo da realidade.

A população do estudo foi constituída por pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis. Considerou-se pessoas com deficiência física aquelas que apresentam tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, tetraparesia, paraparesia, hemiparesia, amputação do membro superior esquerdo, amputação do membro superior direito, amputação do membro inferior esquerdo e amputação do membro inferior direito (NORTON, 2010).

A amostra mínima foi determinada por cálculo estatístico, considerando a população do município com deficiência física,

conforme dados do Censo do IBGE de 2010. Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a equação:  $n = N / (e^2 * N + 1)$  (BARBETTA, 2007).

Como critérios de inclusão considerou-se as pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis. No caso de pessoas menores de idade, foram convidados os responsáveis legais para acompanhar a entrevista. O critério de exclusão foi a impossibilidade de comunicação verbal por parte da pessoa com deficiência física.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2014, sendo as entrevistas agendadas por contato telefônico e realizadas na residência dos participantes.

O pré-teste foi realizado entre o período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, com a aplicação do questionário a 21 pessoas com deficiência física que foram selecionadas aleatoriamente em instituições de longa permanência de Florianópolis. Esta fase do estudo se encerrou na 19ª versão do instrumento de coleta de dados, possibilitando os ajustes necessários para aplicação do mesmo. A realização dos treinamentos para os coletadores ocorreu entre dezembro de 2013 a janeiro de 2014.

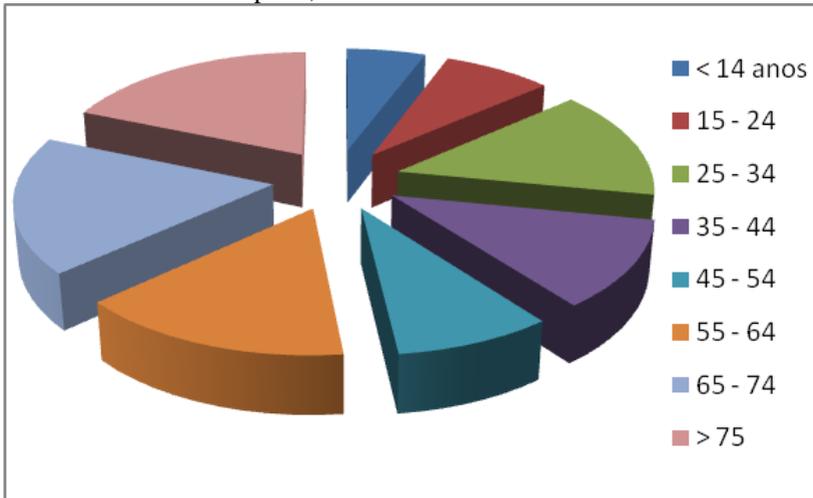
A amostra final constituiu de 139 questionários, o que representa um grau de confiança de 95%. Os dados foram coletados via formulário eletrônico instalado em dispositivos móveis e armazenados em um provedor virtual (Go Canvas). A análise e tratamento dos dados foram realizados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), sendo que na análise estatística descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as medidas de frequência simples e relativa, e para as variáveis quantitativas foram utilizadas as medidas de tendência central e dispersão.

A pesquisa seguiu o delineamento da amostra e desenho metodológico, explicitado na figura 1, e foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil, sob o parecer de número 216.396 de 11 de Março de 2013. Assim, todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Os resultados apresentados a seguir correspondem à análise estatística descritiva das 139 entrevistas consideradas válidas. Estão distribuídos nos respectivos gráficos.

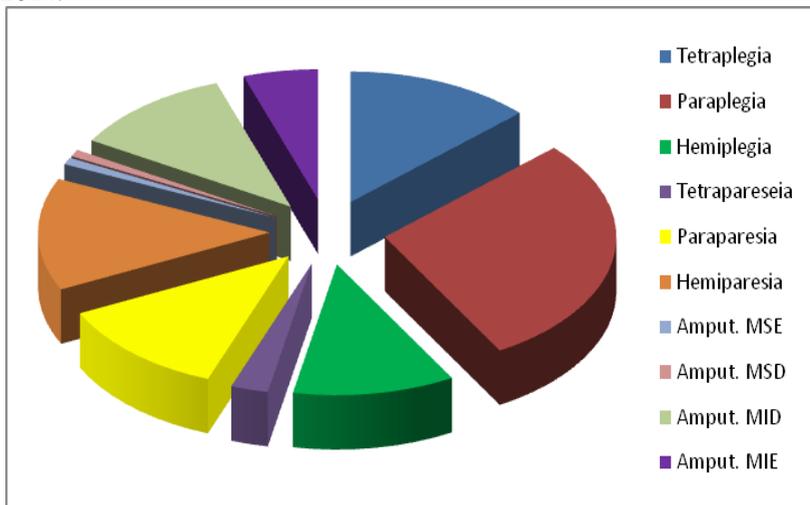
Gráfico 1 - Idade (em anos) das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014.



Em relação ao sexo das pessoas com deficiência, evidenciou-se que 41,7% são do sexo feminino e 58,3% do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 53 anos e a mediana de 55, sendo que as idades variaram de 10 a 99 anos, conforme Gráfico 1.

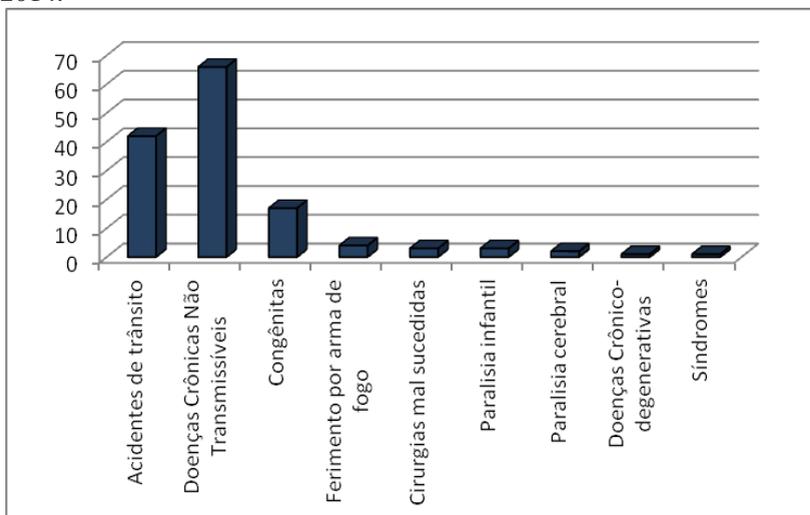
Do total dos participantes 33,8% são casados, 30,9% solteiros e 14,4% viúvos, sendo o restante divorciados, separados, ou estando namorando. As paraplegias estão presentes em 23,7%, sendo seguidas por amputações com 15,11%, e tetraplegias com 10,8%.

Gráfico 2– Pessoas segundo tipo de deficiência física, Florianópolis, 2014.



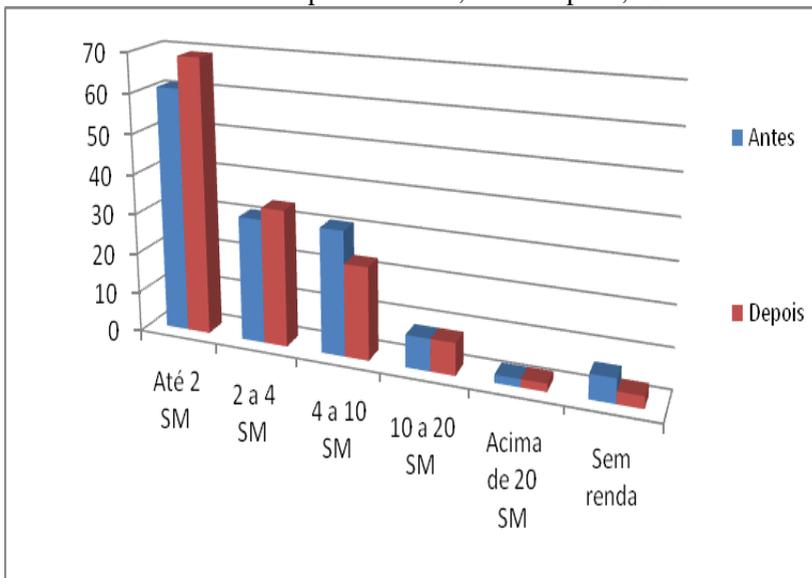
As causas predominantes das deficiências foram as ocorrências de doenças crônicas não transmissíveis (47,48%) e aos acidentes de trânsito (30,22%).

Gráfico 3– Causas das deficiências físicas nas pessoas em Florianópolis, 2014.



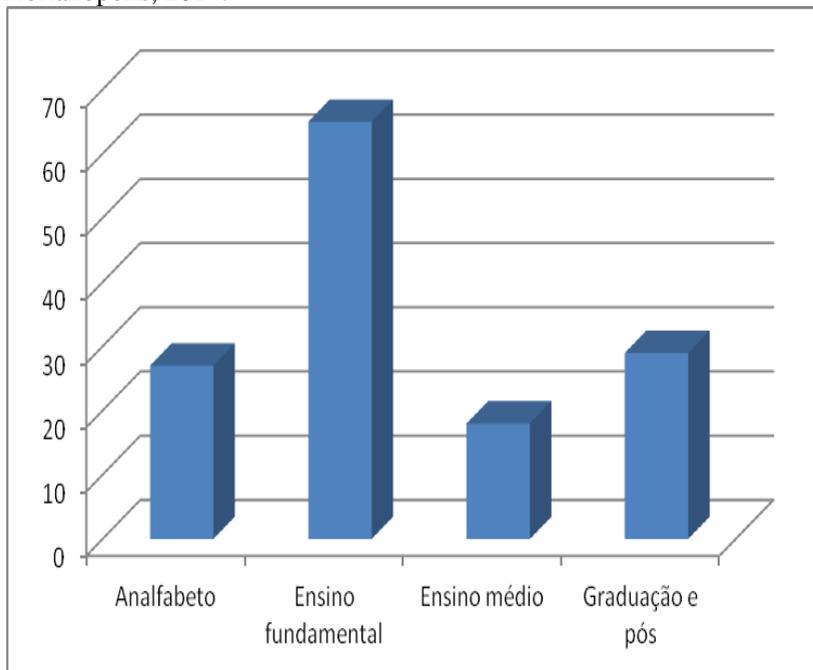
Em relação a condição socioeconômica, evidenciou-se que a maior ocupação das pessoas é a aposentadoria, onde 64% estão nesta condição, seguido pelo recebimento de benefício por invalidez, que corresponde a 22,3%. Destaca-se que 10,8% das pessoas pesquisadas possui emprego assalariado.

Gráfico 4 – Rendimento médio mensal das famílias de pessoas com deficiência física antes e depois da causa, Florianópolis, 2014.



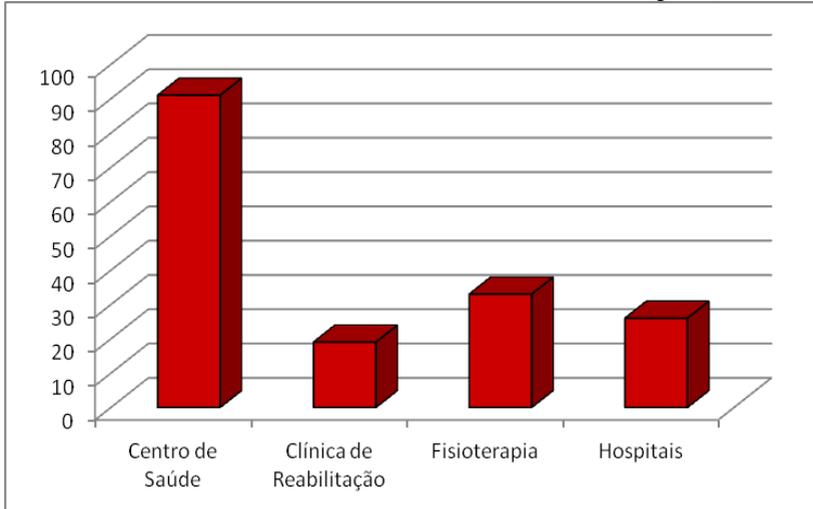
O rendimento médio mensal das famílias após a ocorrência da deficiência é de 16,5%, considerando que estas recebem de 04 a 10 salários-mínimos, sendo que antes da deficiência este percentual correspondia a 22,3%. Em relação à escolaridade evidenciou-se que 27% dos entrevistados são analfabetos e que 37,4% possuem o ensino fundamental incompleto.

Gráfico 5 – Anos de estudo, pessoas com deficiência física, Florianópolis, 2014.



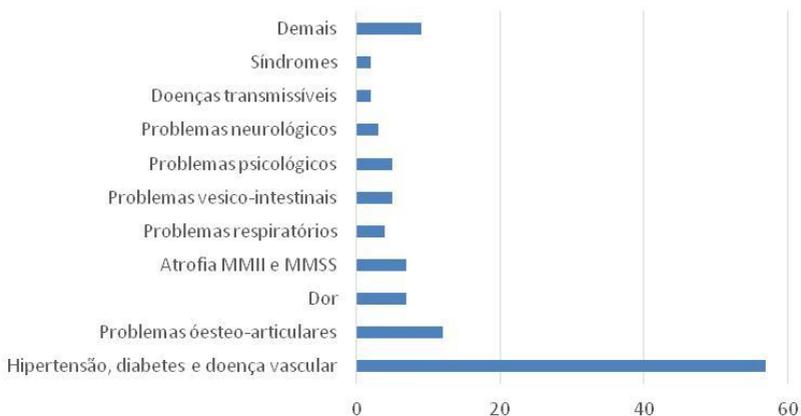
Dentre os aspectos relacionados as atividades de lazer, destaca-se a atividade física, onde 78,4 % das pessoas refere não realizar. Em relação aos serviços de saúde utilizados no último ano 34,97% dos pesquisados utilizaram as unidades primárias de saúde, 8,63% os serviços de reabilitação, 17,99% fisioterapia, e 18,70% hospitais.

Gráfico 6 – Número de vezes e serviços de saúde procurados no último ano. Pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014.



Como comorbidades e/ou complicações foi constatada predominantemente a presença das DCNT com um percentual de 66%, sendo que entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam 23%, além de dor (neuropática ou no coto) e infecção urinária.

Gráfico 7 - Comorbidades e complicações das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014.



## DISCUSSÃO

A deficiência física em Florianópolis acomete mais as pessoas do sexo masculino. Outras pesquisas vão ao encontro dos achados desse estudo, onde o sexo masculino é mais acometido nos casos de deficiência física relacionada a amputações de membros (SCHOELLER, et al, 2013).

Interessante salientar que os dados encontrados em relação ao sexo, não corroboram com os dados publicados no último relatório do censo demográfico do IBGE de 2010. Pois o relatório descreveu uma prevalência de deficiência física mais significativa em mulheres, o que corresponde a um percentual de 8,12% da população feminina no Estado de Santa Catarina. Por outro lado, pesquisadores e associações de pessoas com deficiência também contestam os dados do IBGE, uma vez que o censo é feito com base em perguntas as famílias, o que pode levar a imprecisões (POLI, 2010).

Outro achado relevante do estudo diz respeito a prevalência de deficiência física nas pessoas com idade igual ou superior aos 60 (sessenta) anos. Segundo Martins (2009), o crescente envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, tem provocado alterações profundas nas sociedades com grande impacto na área da saúde. No Brasil, a grande maioria das pessoas idosas convive com a falta de assistência médica e com a baixa oportunidade frente as atividades de lazer. Os problemas descritos agravam-se com aos baixos valores pagos nas aposentadorias e pensões (VERAS, 2012)

As colocações descritas acima possuem relação direta com os dados obtidos neste estudo, pois o número de pessoas entrevistadas que recebem aposentadoria e benefício por invalidez é significativo. Os dados evidenciam o comprometimento para trabalho, pois somente 10,8% dos entrevistados possui emprego assalariado. Para Bieler (2007), a pobreza em geral pode se ver refletida nos altos índices de desemprego das pessoas com deficiência física. Ao Investigar as desigualdades socioeconômicas em um conjunto abrangente de indicadores de saúde entre pessoas com lesão medular em um país rico (Suíça). Conclui-se que a dificuldade financeira das pessoas resulta de seus problemas de saúde (FEKETE; SIEGRIST; REINHARTT; BRINKHOF, 2014).

Segundo Cordeiro (2009), quando entendermos que o trabalho tem importante repercussão na vida de todos os indivíduos e representa atividade fundamental para a realização pessoal, no desenvolvimento da autoestima, como forma de interação social, bem como desenvolvedor

de sentimentos de pertinência e capacidade, de identidade e autonomia, teremos consciência que devemos buscar políticas públicas que promovam a participação e inclusão dos indivíduos com deficiência no mercado de trabalho.

A falta de oportunidade para realização de atividades de lazer também foi evidenciada, demonstrando os problemas enfrentados por esse grupo. Esta lógica pode ser comprovada analisando a arquitetura da maioria de nossas cidades. Nestas as pessoas com deficiência se vêm com dificuldade e, até mesmo, impedidas de viver com qualidade e autonomia, pois existem grandes dificuldades de acesso aos espaços de lazer, transportes públicos adaptados, repartições, edifícios, escolas, universidades, sanitários públicos, entre outros. Para se ter ideia do problema, é só pensar em calçadas que na maioria das cidades não estão adaptadas às necessidades dessas pessoas. Facilmente, são observados espaços, equipamentos e comportamentos da sociedade, em sua maioria, seguindo um padrão que atende somente às necessidades das pessoas tidas como normais (TEIXEIRA, 2010). Para Partezani (2008), é necessário refletir e trabalhar com os deficientes físicos as reais condições envolvidas no processo saúde/doença, originadas dentro deste contexto social.

No que diz respeito à escolaridade, o estudo constatou que existe um baixo nível escolar na população estudada. De qualquer maneira é evidente que está condição dificulta o acesso aos serviços de saúde. A baixa escolaridade pode resultar em um conhecimento deficitário sobre a importância da promoção à saúde e à prevenção de agravos. Esta situação influencia nas ações que dizem respeito ao autocuidado e determina o processo de adoecimento (FONTES, et al, 2011). O baixo nível de estudo destas pessoas também dificulta o processo de inclusão social, principalmente, no tocante ao ingresso no mercado de trabalho. A educação é um dos fatores-chave para a inclusão, não apenas das pessoas que possuem alguma deficiência, mas da população em geral (KRAUSE; CARTER, 2009).

O estudo apontou duas grandes causas da deficiência, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) em mulheres idosas e traumas em homens jovens. A primeira causa descrita encontra respaldo no Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012), onde consta que nos próximos anos a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência tem aumentado e isso se deve ao envelhecimento das populações bem como ao aumento global de doenças crônicas tais como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais. Por outro lado a crescente violência no trânsito confere ao Brasil uma

realidade distinta quando comparado a outros países, pois as causas de deficiência física na Europa e nos Estados Unidos decorre do envelhecimento da população, afetando mais o sexo feminino, porém não é significativo frente aos acidentes de trânsito na população jovem do sexo masculino. Esse achado no estudo evidencia que Florianópolis apresenta duas realidades frente as causas da deficiência física.

Em relação as DCNT, a preocupação com sua ocorrência esteve presente no discurso do representante Brasileiro, no ano de 2011 na abertura da 66ª conferência de alto nível da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova York (EUA), onde se debateu as DCNT no mundo. Segundo o representante, o Brasil está elaborando novas políticas públicas para atender as pessoas que sofrem de doenças como hipertensão, diabetes, câncer e doenças respiratórias, pois estas doenças foram responsáveis por 63% dos óbitos no país no ano de 2010 e aproximadamente 80% dessas mortes ocorreram em locais de baixa e média renda, sendo que dois terços delas em pessoas com mais de 60 anos de idade. Nas colocações do representante, a incidência desproporcional destas doenças, entre os mais pobres, demonstra a necessidade de resposta integral ao problema: “é fundamental que haja coordenação entre as políticas de saúde e outras políticas destinadas a lidar com os determinantes socioeconômicos destas enfermidades”.

A segunda causa desencadeante da deficiência física em Florianópolis que merece destaque são os acidentes de trânsito, pois estes além de provocar a deficiência também trazem outras complicações de saúde, requerendo maior tempo para recuperação. Esta constatação vai ao encontro de outros estudos que atestam que a deficiência está associada à violência urbana, especialmente aos acidentes de trânsito. Nestes, os mais acometidos são os homens jovens, com menos de 40 anos de idade (CRIPPS; MCCULLOUGH, 2012, GUTIÉRREZ, 2014, SCHOELLER, 2011). Assim, os acidentes de trânsito são uma parcela importante das causas externas relacionadas a deficiência física, e destes os acidentes de moto, são os que mais ocorrem (OMOKE, et al, 2012). Frente a esta constatação é salutar indicar o desrespeito às leis de trânsito, a condição precária de sinalização das vias públicas bem como a pavimentação das rodovias e estradas, reforçado pelo não uso do cinto de segurança ou capacete na ocasião do acidente, como sendo potencializadores dos acidentes de trânsito e conseqüentemente da deficiência física (VASCONCELOS, et al, 2011). Estes achados mostram a necessidade de se investir ainda mais na conscientização quanto as leis de trânsito, incluindo a obrigatoriedade do uso desses equipamentos.

Cabe ainda salientar a procura do deficiente motor aos serviços de saúde, pois o estudo evidenciou baixa procura as unidades primárias de saúde e aos serviços de reabilitação, podendo esta situação ter relação direta com a acessibilidade. Este achado contraria um estudo transversal, conduzido por Donnelly, et al (2007), que comparou a utilização dos serviços primários de saúde por parte das pessoas com lesão medular no Canadá, no Reino Unido e nos EUA. Os autores concluíram que os deficientes motores procuram os profissionais de saúde que possam atender suas necessidades de cuidados a nível primário de saúde. Mais de dois terços dos participantes do estudo consideraram o médico de família como o profissional de saúde mais adequado para cuidar dos novos problemas de saúde, bem como problemas relacionados com a lesão medular. Os entrevistados no Canadá e no Reino Unido tendem a procurar mais a ajuda de um médico de família do que os seus homólogos dos EUA, que tiveram uma maior utilização de serviços especializados (DONNELLY et al, 2007).

O estudo da população com deficiência física também proporcionou identificar, que a participação dos casados é a mais significativa, representando a grande maioria, seguidos dos solteiros e viúvos. Isto se explica, se levarmos em conta a fase do ciclo de vida de cada um, já que a população casada tende a ser mais velha, e, por isso mais suscetível a adquirir algum tipo de deficiência. Pode-se justificar, também, pelo fato da pessoa com deficiência buscar relações mais estáveis e duradouras, que tragam maior segurança pessoal e emocional (MARMOT; ALLEN; BELL; BLOOMER, GOLDBLATT, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES**

As informações obtidas com a realização deste estudo quanto ao perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física comprovaram a necessidade urgente de trabalhar questões relacionadas a prevenção frente a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, alertando para situações de maior risco, tendo em vista que identificou-se os grupos mais suscetíveis a ocorrência deste tipo de deficiência. O estudo é relevante pois alerta para a necessidade de adoção de práticas que diminuam os acidentes de trânsito, bem como práticas que oportunizem o acesso ao trabalho, a educação e ao lazer para essa parcela da população.

Foi possível concluir que as pessoas que apresentam deficiência física necessitam de intervenções capazes de eliminar as barreiras tanto ambientais como sociais. Estes indivíduos apresentam as mesmas

necessidades de saúde de qualquer outra pessoa e têm seus estados de saúde influenciados pelo contexto social em que vivem, como a renda, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e reabilitação. Esta questão deve ser sanada pois estas pessoas são mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde, como úlceras de pressão ou infecções do trato urinário decorrentes de sua própria deficiência. Devemos ter em mente que pessoas que apresentam deficiência são cidadãos que possuem os mesmos direitos e deveres de uma pessoa sem alguma deficiência física, acrescido do fato de que, cabe à sociedade proporcionar esta igualdade, seja ela relacionada aos direitos ou aos deveres de cidadania. Este estudo pretende contribuir com o desenvolvimento de soluções e com a formulação de propostas de políticas públicas de inclusão social e atenção a saúde, que venham somar ou adequar as políticas já existentes à realidade vivida pelas pessoas com deficiência. Finalizo as considerações com a certeza de ter contribuído para um maior entendimento sobre a realidade de vida das pessoas com deficiência física que residem em Florianópolis e com o sentimento de que o processo de inclusão é necessário.

## REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas.** In: Revista Práxis. Ano III, nº 6. Agosto, 2011. Disponível em:

<<http://www.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 08 de set. de 2014.

BBARATA, R.B. **Como e por que as Desigualdades Sociais fazem Mal a Saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 120 p.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais.** 7<sup>a</sup>. Ed., rev. Florianópolis: Ed. UFSC, 2007. 315 p.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves and ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2435-2445. ISSN 1413-8123.

**BIELER, R. B. Desenvolvimento Inclusivo: Uma abordagem universal da Deficiência.** São Paulo, 2007

Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA, Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2009

Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. Spinal Cord. 2011 Apr; 49(4):493-501. Epub 2010 Nov 23. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23439068>. Acessado em 25/08/2014, 14:37 hs.

DONNELLY, C. McColl, M.A, CHARLIFUE, S. VIDRO, C. O'BRIEN, P. SAVIC, G., SMIHT, K. **Utilização, acesso e satisfação com a atenção primária entre as pessoas com lesões na medula espinhal: a comparação dos três países da Medula Espinhal.** 2007.45, 25-36.

FABRICIO, S. C. C.; PARTEZANI, A. R. **Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento.** Revista REME, Belo Horizonte, MG, v.9, n. 2, p. 113-119, 2008.

Fekete C, Siegrist J, Reinhardt JD, Brinkhof MWG, for the SwiSCI Study Group (2014) Is Financial Hardship Associated with Reduced Health in Disability? The Case of Spinal Cord Injury in Switzerland. PLoS ONE 9(2): e90130. doi:10.1371/journal.pone.0090130.

FONTES, W.D. et al . **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço.** Acta paul. enferm., v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Set. 2014

Gutiérrez C, Romaní F, Wong-Chero P, Montenegro-Idrogo JJ. **Perfil epidemiológico de la discapacidad por accidentes de tránsito en el Perú,** 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(2):267-73.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia\\_tab\\_gregioes\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm)> Acesso em: 14 ago. 2013.

Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, Norton L (2010) "**A lesão medular, Austrália**", 2007-08.

Krause J.S, Carter R.E. **Risco de mortalidade após a lesão medular: relação com o apoio social, educação e renda.** Medula Espinhal 47: 592-596. doi: 10.1038 / sc.2009.15

KRIEGER, N. A **glossary for social epidemiology.** J Epidemiol Community Health 2009; 693-700p

MARTINS, J. J. **Idosos com necessidades de cuidado domiciliar.** Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, p. 319-325, 2009.

Marmot M, Allen J, a Bell R, Bloomer E, Goldblatt P (2012) **revisão dos determinantes sociais da saúde e da divisão de saúde europeia da OMS.** Lancet 380: 1011-1029. doi: 10.1016 / S0140-6736 (12) 61228-8

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência.** São Paulo: SEDPCD, 2012. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf)> Acesso em: 12 agosto 2014.

OMOKE, N.I. et al. Traumatic extremity amputation in a Nigerian setting: patterns and challenges of care. Int Orthop, v. 36, n. 3, p. 613-8, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00264-011-1322-7/fulltext.html>> Acesso em: 06 Set. 2014

ROUQUAYROL, A. F. MARIA Z. **Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2009, p. 736.

SCHOELLER, S. D. et al. Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. Rev enferm UFPE on line, v. 7, n. 2, p.445-51, 2013. Disponível em:  
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>> Acesso em: 30 Ago 2014

TEIXEIRA, M.C.A. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2010

## 5.2 MANUSCRITO 2 – DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

*Determinação Social do Processo Saúde-Doença da Pessoa com Deficiência Física<sup>1</sup>*

Giovani Cavalheiro Nogueira<sup>2</sup>  
Soraia Dornelles Schoeller<sup>3</sup>

**Resumo:** Aspectos econômicos, culturais e ambientais de uma sociedade interferem diretamente na condição de saúde das pessoas, e ao mesmo tempo podem comprometer a recuperação frente a determinadas enfermidades desencadeadas por este contexto. O presente artigo buscou analisar os determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis/SC. Trata-se de um estudo quantitativo, cuja amostra foi determinada por cálculo estatístico considerando a população do município e a cobertura de saúde ofertada pelos Centros de Saúde. A análise estatística foi realizada no software SPSS e constatou-se que a deficiência física acomete homens jovens por violência urbana, e mulheres idosas por doenças crônico-degenerativas. O nível de escolaridade tem associação direta com a condição econômica e esta interfere na procura pelos serviços de saúde, principalmente os de reabilitação. Conclui-se que os aspectos sociais interferem na saúde coletiva, sendo as desigualdades sociais indutoras negativas do processo saúde-doença. Por outro lado, estes determinantes influenciam os estilos de vida, que por sua vez proporcionam maneiras distintas de enfrentar os problemas de saúde.

**Descritores:** Processo Saúde-Doença, Pessoas com Deficiência, Determinantes Sociais.

---

<sup>1</sup> Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “Determinação Social do Processo Saúde-Doença da Pessoa com Deficiência Física”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2014.

<sup>2</sup> Enfermeiro, professor do Instituto Federal de Educação/ Florianópolis, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC. Coordenadora do Grupo (Re)Habilitar-UFSC.

## **Social Determination of the Individual Health-Disease Process with Disabilities Física**

**Abstract:** Economic, cultural and environmental aspects of a company directly interferes with the health condition of the people, and the same may impair recovery from certain diseases triggered by this context. This article seeks to analyze the social determinants related to the health-disease process of people with physical disabilities living in the city of Florianópolis/SC. This is a quantitative study, whose sample was determined by statistical calculation considering the population of the municipality and the health coverage offered by health centers. Statistical analysis was performed using SPSS software and found that the motor disability affects young men by urban violence, and elderly women by chronic degenerative diseases. The level of education has a direct association with the economic condition and this interferes with the demand for health services, especially rehabilitation. It is concluded that social aspects interfere in public health, and induce negative social inequalities of health-disease process. Furthermore, these determinants influence the lifestyles, which in turn provides different ways to tackle the health problems.

**Descriptors:** Health-Disease Process, People with Disabilities, Social Determinants.

## **Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad individual con Discapacidad Física**

**Resumen:** Aspectos económicos, culturales y ambientales de una empresa interfiere directamente con el estado de salud de las personas, y lo mismo puede perjudicar la recuperación de ciertas enfermedades provocadas por este contexto. Este artículo pretende analizar los determinantes sociales relacionados con el proceso de salud-enfermedad de las personas con discapacidades físicas que viven en la ciudad de Florianópolis/SC. Se trata de un estudio cuantitativo, cuya muestra se determinó por cálculo estadístico teniendo en cuenta la población del municipio y de la cobertura de salud ofrecido por los centros de salud. Análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS y se encontró que la discapacidad motora afecta a hombres jóvenes por la violencia urbana, y las mujeres de edad por enfermedades degenerativas crónicas. El nivel de educación tiene una relación directa con la situación

económica y esto interfiere con la demanda de servicios de salud, especialmente la rehabilitación. Se concluye que los aspectos sociales interfieren en la salud pública, e inducen desigualdades sociales negativos del proceso salud-enfermedad. Por otra parte, estos determinantes influyen en los estilos de vida, que a su vez proporciona diferentes maneras de abordar los problemas de salud.

**Descritores:** Proceso Salud-Enfermedad, personas con discapacidad, los determinantes sociales.

## INTRODUÇÃO

O Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010 evidenciou que 23.9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência leve, moderada ou grave. Destes, parte significativa apresenta deficiência física (IBGE, 2010), totalizando 7% dos brasileiros. As pessoas com deficiência são múltiplas e heterogêneas, o que implica em investigações complexas para o conhecimento e delimitação do tema. Esta heterogeneidade entre as pessoas e o tipo de deficiência, traz dificuldades para a quantificação e análise (CAMERON, 2014).

A deficiência física resulta de alterações, falta e/ou mau funcionamento de alguma estrutura ou sistema corporal, independentemente da causa. Em relação a deficiência física, esta pode ser entendida como uma alteração no corpo que provoca dificuldades na movimentação das pessoas e as impede de participarem da vida de forma independente, podendo também ser compreendida como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho motor do indivíduo. (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011)

Nos dias atuais deficiência e violência estão articuladas, e resultam em graves problemas de saúde pública a nível global, atingindo prioritariamente homens jovens, devido a acidentes de trânsito (CRIPPS, 2011; MCCULLOUGH, 2012; GUTIÉRREZ, 2014).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), deficiência e pobreza caminham juntas, e a segunda favorece a ocorrência da primeira (OMS, 2012). Somente 2% dos 85 milhões de pessoas com deficiência têm assistência adequada na América Latina e 10% da população mundial vive com deficiência, mas sem acesso a direitos constitucionalmente adquiridos. Assim, a deficiência precisa ser

abordada em seus diferentes níveis, sendo estes clínicos, de reabilitação, social e político.

O Brasil, apesar de ser considerado emergente em função do seu potencial econômico gerador e consumidor de bens, abriga em suas aparentes contradições de processo de desenvolvimento, o estigma as desigualdades sociais. Para Barbosa (2013) é neste contexto que emergem os mais diferentes tipos de agravos à saúde que afetam predominantemente as populações mais pobres e vulneráveis, e que contribuem conseqüentemente para a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão social. Desse modo, está estabelecido ou é reconhecido que o processo saúde-doença não se estabelece exclusivamente da ação externa de um elemento ambiental agressivo, nem da reação internalizada de um hóspede susceptível, mas sim de um sistema complexo influenciado por vários determinantes sociais (BARBOSA,2013).

O processo saúde-doença é entendido como um processo determinado socialmente, com caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado. Permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos (LAURELL,1976). Assim, o conjunto de característica de saúde e de doença das pessoas com deficiência física está colado e é determinado pela própria vida destas pessoas, para além de sua deficiência. São fortemente influenciados pelo modelo de reprodução capitalista, resultando em diversos níveis de exclusão social e diferentes padrões ou características de saúde-doença que se concretiza no corpo biopsíquico destes indivíduos.

Apesar da magnitude do problema envolvendo o processo saúde-doença das pessoas com deficiência física, ainda no Brasil, são escassos os estudos referentes as características sociodemográficas e o contexto familiar desta parcela populacional. Desconhece-se quem são, onde vivem, como vivem, quais são suas fragilidades e potencialidades, e qual é o processo de viver, adoecer e morrer destas pessoas.

O presente estudo objetivou analisar o processo saúde-doença das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis, entendendo alguns determinantes sociais envolvidos, entre estes o rendimento mensal antes e depois da deficiência, as condições de moradia, a procura por serviços médicos, a participação em plano de saúde privado, o nível de escolaridade e o tipo e a causa da deficiência. Assim foi possível conhecer um pouco da realidade destas pessoas, compreender como elas vivem e conseqüentemente suas potencialidades

e fragilidades no processo de viver, adoecer e morrer. As informações do estudo podem orientar a assistência a essas pessoas, fornecendo base sólida para planejamento de políticas públicas de saúde, otimizando gastos e melhorando serviços existentes.

Este estudo é parte da pesquisa PRONEX, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina, intitulada: **“O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidades e desafios”**.

## **MÉTOD**

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa cujo objetivo principal foi conhecer e analisar determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis/SC. No estudo transversal, todas as medições são realizadas em um único momento ou durante um curto período de tempo, sem seguimento. Para The Lancet (2011), os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, proporcionado o planejamento de ações de saúde, os diagnósticos comunitários e a avaliação de serviços.

A população do estudo foi constituída por pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis. Considerou-se pessoas com deficiência física aquelas que apresentam tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, tetraparesia, paraparesia, hemiparesia, amputação do membro superior esquerdo, amputação do membro superior direito, amputação do membro inferior esquerdo e amputação do membro inferior direito (NORTON, 2010).

A amostra mínima foi determinada por cálculo estatístico, considerando a população do município com deficiência física, conforme dados do Censo do IBGE de 2010. Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se equação estatística. Segundo esta seriam necessários 257 entrevistas pra uma população de 421.249 pessoas o que representaria 95% de confiabilidade.

Como critérios de inclusão considerou-se as pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis. No caso de pessoas menores de idade, foram convidados os responsáveis legais para acompanhar a entrevista. O critério de exclusão foi a impossibilidade de comunicação verbal por parte da pessoa com deficiência física.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2014, sendo as entrevistas agendadas e realizadas na residência dos participantes.

O pré-teste foi realizado entre o período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, com a aplicação do questionário a 21 pessoas com deficiência física que foram selecionadas aleatoriamente em instituições de longa permanência de Florianópolis. Esta fase do estudo se encerrou na 19ª versão do instrumento de coleta de dados, possibilitando os ajustes necessários para aplicação do mesmo. A realização dos treinamentos para os coletadores ocorreu entre dezembro de 2013 a janeiro de 2014.

A amostra final constituiu-se de 139 entrevistas válidas, o que representa um grau de confiança de 95%. Os mecanismos de buscas foram os contatos com os centros de saúde do município investigando o número de pessoas com deficiência física adscritos a esta unidade e devidamente cadastrados e o agendamento com os interessados em participarem da pesquisa via contato telefônico e o contato com as instituições de longa permanência viabilizando o pré-teste.

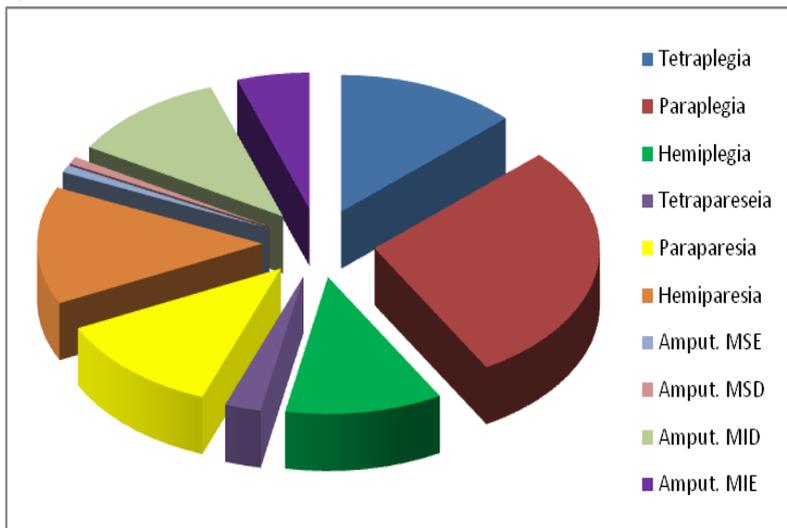
As etapas foram realizadas simultaneamente, sendo abarcados todos os bairros do município, de modo a contemplar geograficamente a população de estudo. Os dados foram coletados via formulário eletrônico instalado em dispositivos móveis e armazenados em um provedor virtual (Go Canvas). A análise e tratamento dos dados foram realizados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), sendo que para testar a associação entre as variáveis qualitativas utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Para testar a associação entre as variáveis qualitativas e quantitativas, sem distribuição normal, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis ou Mann Whitney. Para testar a associação entre variáveis qualitativas ordinais pareadas ou quantitativas pareadas sem distribuição normal utilizou-se o Teste de Wilcoxon pareado. O nível de significância utilizado foi de valor de  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil, sob o parecer de número 216.396 de 11 de Março de 2013. Os objetivos e procedimentos foram explicados e todos que desejaram participar assinaram o Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido. Todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde

## RESULTADOS

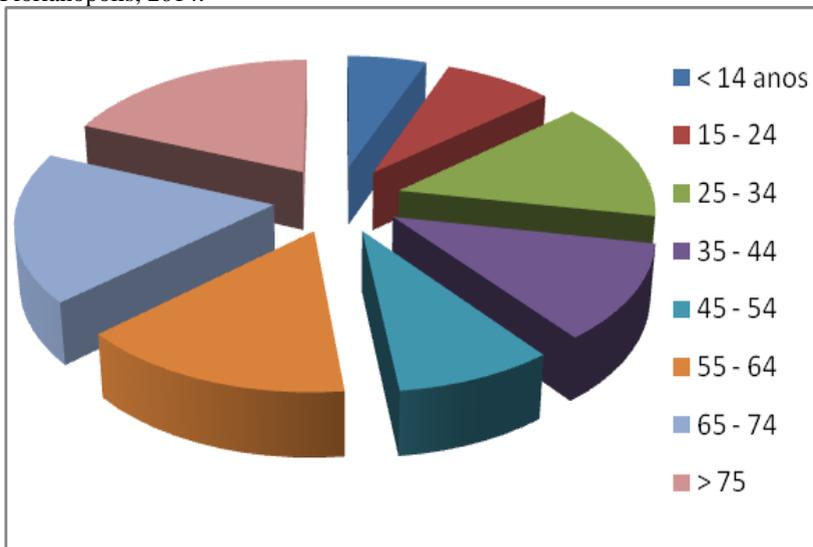
Os dados serão descritos e também representados por gráficos e tabelas. Este estudo constatou que as paraplegias estão presentes em 23.7% da população pesquisada, sendo estas seguidas por amputações com um percentual de 15,11%, e as tetraplegias com um percentual de 10.8%.

Gráfico 1 – Ocorrência e tipos de deficiência Física. Florianópolis, 2014.



A idade média dos participantes foi de 53 anos e a mediana de 55 anos, sendo que as idades variaram de 10 a 99 anos. Predominaram as pessoas do sexo masculino, com 58,3%, enquanto que as mulheres representaram 41,7%.

Gráfico 2 – Idade (em anos) das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis, 2014.



Quanto ao rendimento médio mensal das famílias, evidenciou-se que 66,2% recebiam até 04 salários-mínimos antes da deficiência, percentual que se modificou para 74.1% após a ocorrência da lesão. Quando a faixa salarial passa para 04 a 10 salários-mínimos, também houve variação com queda, sendo que, antes da lesão 22.3% estavam nesta faixa, passando para 16.5% depois da deficiência.

Tabela 1 – Renda antes da deficiência associada a Renda média atual em pessoas com deficiência física  
 Teste aplicado: Wilcoxon Pareado. Florianópolis, 2014.

		Renda média atual						Total
		Até 2 SM	De 2 a 4 SM	De 4 a 10 SM	De 10 a 20 SM	Acima de 20 SM	Sem renda	
Até 2 SM	População	46	10	5	0	0	0	61
	Percentual	33,1%	7,2%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	43,9%
De 2 a 4 SM	População	10	14	6	0	0	1	31
	Percentual	7,2%	10,1%	4,3%	0,0%	0,0%	0,7%	22,3%
De 4 a 10 SM	População	9	9	10	2	0	1	31
	Percentual	6,5%	6,5%	7,2%	1,4%	0,0%	0,7%	22,3%
De 10 a 20 SM	População	0	1	1	4	2	0	8
	Percentual	0,0%	0,7%	0,7%	2,9%	1,4%	0,0%	5,8%
Acima de 20 SM	População	0	0	0	2	0	0	2
	Percentual	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
Sem renda	População	4	0	1	0	0	1	6
	Percentual	2,9%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	4,3%
População		69	34	23	8	2	3	139
Percentual		49,6%	24,5%	16,5%	5,8%	1,4%	2,2%	100,0%

Quanto ao número de anos de estudo, a média encontrada foi de 7,53 anos e a mediana foi de 06 anos. Houve associação significativa entre o número de anos de estudo e o rendimento médio mensal. Também houve forte associação entre o rendimento médio mensal e o uso de planos privados de saúde.

Gráfico 3 – Associação entre anos de educação formal e rendimento médio mensal em pessoas com deficiência física. Teste de Correlação de Pearson, Florianópolis, 2014.

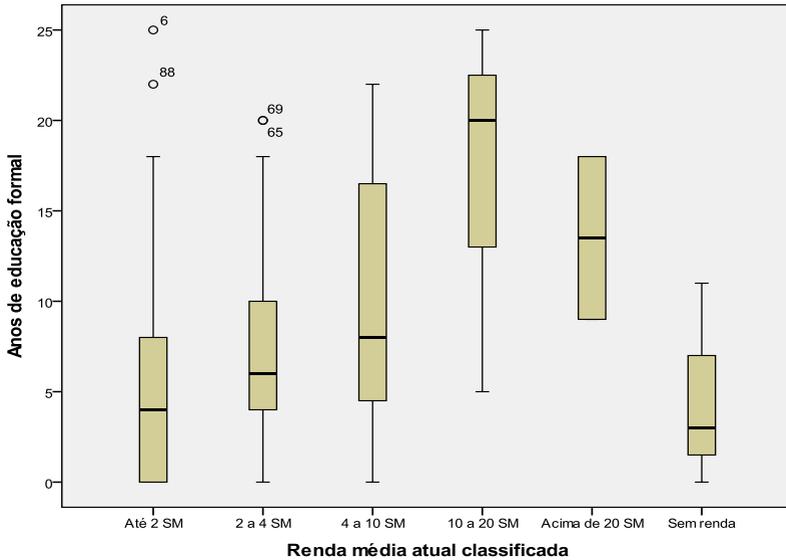
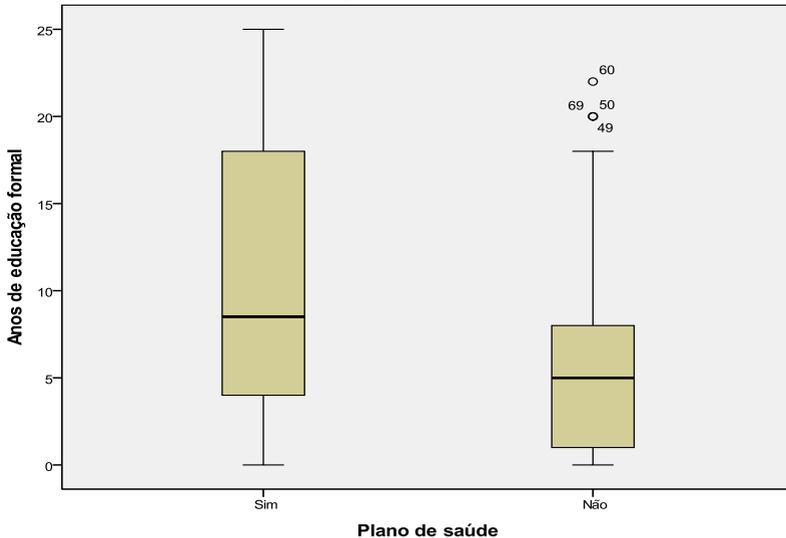
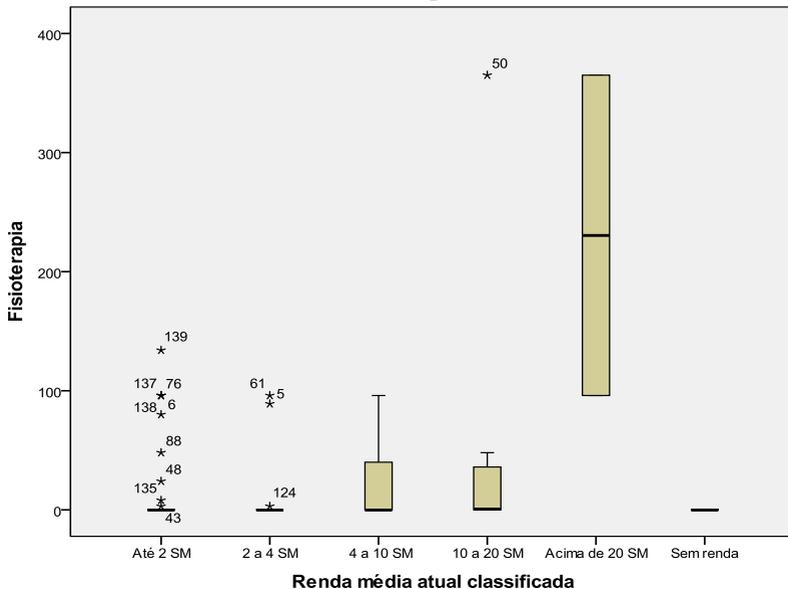


Gráfico 4 - Anos de educação formal correlacionado a participação em Plano de Saúde em pessoas com deficiência física. Teste aplicado: Correlação de Pearson, Florianópolis, 2014.



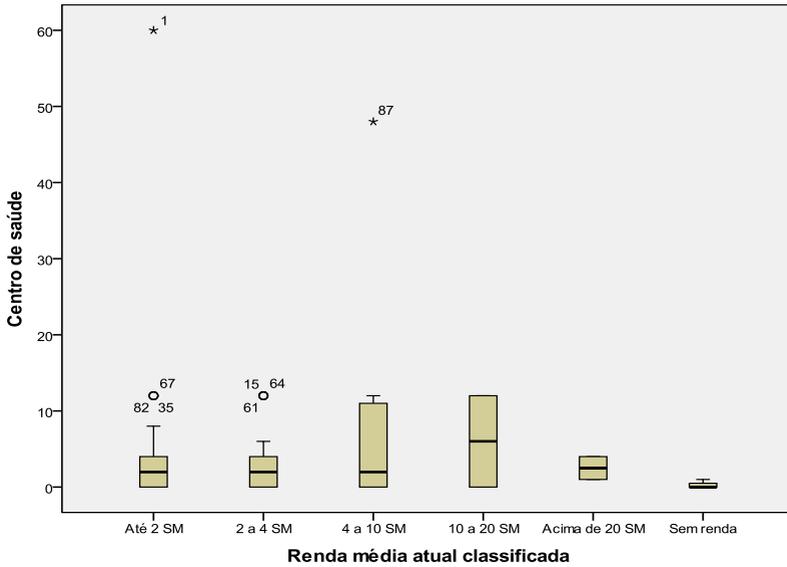
Outro dado relevante no estudo diz respeito a correlação entre os serviços de fisioterapia associado ao rendimento médio atual, sendo evidenciando que as pessoas com maior renda procuram mais este tipo de serviço.

Gráfico 5 – Rendimento médio mensal e serviços de fisioterapia em pessoas com deficiência física. Florianópolis, 2014.



Frente a condição econômica e a procura por centros de saúde, as pessoas que recebem uma faixa salarial de 10 a 20 salários-mínimos, procuram mais por este tipo de serviço e as pessoas com renda até 02 salários-mínimos não procura.

Gráfico 6 – Rendimento médio mensal correlacionado a procura por serviços de centros de saúde. Teste aplicado: Correlação de Pearson, Florianópolis, 2014.



Em relação aos anos de educação formal correlacionados aos serviços de saúde utilizados no último ano, evidenciou-se que existe significância, pois quanto maior é os anos de estudos, mais as pessoas procuram os serviços de saúde.

Tabela 2 – Correlação entre serviços de saúde utilizados no último ano e anos de educação formal em pessoas com deficiência física. Florianópolis, 2014.

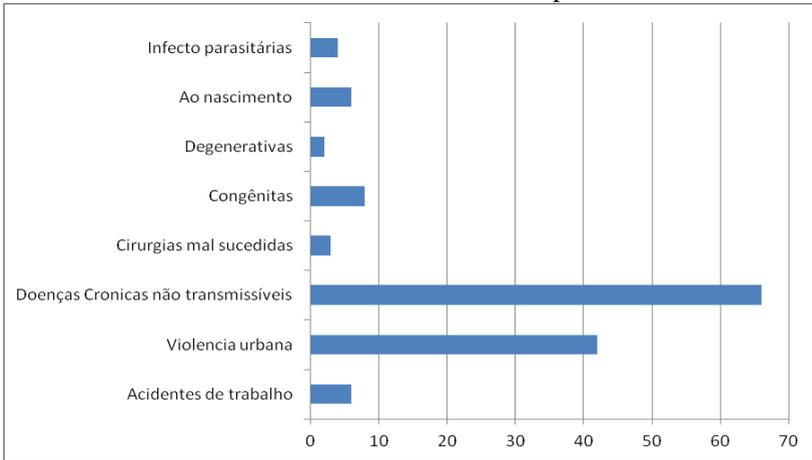
		Anos de educação formal	Centro de saúde	Clínica de reabilitação	Fisioterapia	Hospitais
Anos de educação formal	Coeficiente de Correlação	1,000	0,023	0,132	0,244**	- 0,003
	<i>p</i>	.	0,790	0,122	0,004	0,974
	População	139	139	139	139	139
Centro de saúde	Coeficiente de Correlação	0,023	1,000	0,199*	0,057	0,067
	<i>p</i>	0,790	.	0,019	0,505	0,436
	População	139	139	139	139	139
Clínica de reabilitação	Coeficiente de Correlação	0,132	0,199*	1,000	0,223**	0,386**
	<i>p</i>	0,122	0,019	.	0,008	0,000
	População	139	139	139	139	139
Fisioterapia	Coeficiente de Correlação	0,244**	0,057	0,223**	1,000	0,223**
	<i>p</i>	0,004	0,505	0,008	.	0,008
	População	139	139	139	139	139
Hospitais	Coeficiente de Correlação	- 0,003	0,067	0,386**	0,223**	1,000
	<i>p</i>	0,974	0,436	0,000	0,008	.
	População	139	139	139	139	139

\*\* . Correlação significativa em  $p \leq 0,01$ . (Teste de Mann-Whitney)

\* . Correlação significativa em  $p \leq 0,05$ . (Teste de Kruskal-Walis)

As causas relacionadas as deficiências motoras são as ocorrências de doenças crônicas não transmissíveis, entre estas as de origem cardiovascular, estando presentes em 47,48% do total. A violência urbana (acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, espancamentos, entre outros) apresentou frequência significativa, com um percentual de 30,22%, e são seguidas pelas malformações congênitas com 5,8%; acidentes de trabalho com 4,3%; e sequelas decorrentes de cirurgias com 2,1%.

Gráfico 7 – Causas de deficiência física. Florianópolis, 2014.



Os achados frente as condições de moradia, revelam uma diminuição em relação ao número de empregados, sendo que anterior a deficiência física este percentual estava em 0,48% e após a ocorrência baixou para 0,22%. Foi possível evidenciar a melhora nas condições de moradia referente as demais variáveis pesquisadas.

Tabela 3 – Correlação entre as condições gerais de moradia antes e depois da deficiência física. Teste aplicado: Correlação de Pearson. Florianópolis, 2014.

Nº (Item)	Valor médio		Diferença
	Antes	depois	
Cômodos	2,74	4,08	+ 1,34
Moradores	2,01	2,68	+ 0,67
Banheiros	0,94	1,39	+ 0,45
Televisores	1,09	1,79	+ 0,70
Computadores	0,33	0,94	+ 0,61
Telefones	0,82	1,77	+ 0,95
Carros	0,45	0,64	+ 0,19
Empregados	0,48	0,22	- 0,26

## DISCUSSÃO

A escassez de estudos nesta temática e com tal abrangência dificulta a comparação dos achados. Porém, há algumas evidências que devem ser salientadas, que serão discutidas a seguir. Estudos atestam

que a deficiência está associada à violência urbana, especialmente aos acidentes trânsito. Apesar da média de idade na população estudada ter sido de 53 anos, estes achados foram confirmados e os estudos elencados reforçados, dado que houve uma concentração de homens jovens, cuja deficiência foi causada por acidentes trânsito. Neste sentido, ser jovem confere maior risco de adquirir deficiência motora (CRIPPS; MCCULLOUGH, 2012, GUTIÉRREZ, 2014, SCHOELLER, 2011).

Para Reichenheim (2011), os acidentes de trânsito no Brasil têm alto custo pessoal e social. No nível individual, não apenas a mortalidade é elevada, como também os sobreviventes que sofreram lesões acabam com sequelas físicas e psicológicas significativas, particularmente no caso das vítimas jovens. Dados do Sistema de Informação Hospitalar de 2007 mostram que houve 17.265 internações hospitalares por conta das lesões relacionadas ao trânsito. Em 2006, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do governo brasileiro fez uma estimativa do custo econômico das lesões relacionadas ao trânsito nas regiões urbanas, e o resultado foi de aproximadamente US\$9,9 bilhões, ou o equivalente a 1,2% do produto interno bruto do Brasil naquele ano. Embora a duração média das internações por lesões decorrentes ou relacionadas ao trânsito seja menor que a de outras causas externas, as primeiras são mais dispendiosas que as outras (REICHENHEIM, 2011).

Quanto ao gênero, esta pesquisa reforça a tese de que a violência e deficiência estão associadas ao sexo masculino, enquanto que o sexo feminino tem como grandes causas de deficiência motora, as doenças crônico-degenerativas. (SCHOELLER, 2013) Portanto, as mulheres mais velhas correm mais risco do que os homens mais velhos de adquirir alguma deficiência física devido a patologias crônicas (GEIB, 2012).

A determinação das principais causas das deficiências pode fornecer suporte e informações para que sejam feitos trabalhos preventivos e de controle, visando evitar a incidência destas e também implementar seu tratamento e reabilitação.

Ressalta-se que os rendimentos familiares diminuíram após a deficiência, fato que deverá ser melhor investigado a fim de se associar os motivos desta diminuição de renda. Pode-se, neste momento, aventar algumas hipóteses como grande parte dos acometidos pela deficiência têm posição de sustento da família (pais e mães), a deficiência implicou em obstáculos para o mercado de trabalho. Neste sentido, cabem discussões acerca das políticas públicas de inclusão social desta parcela populacional no mundo do trabalho. Outra possibilidade reside no fato de que a deficiência implica em maiores gastos em saúde, devido às

comorbidades e complicações inerentes ao processo, o que resulta em maiores gastos familiares.

Não tem como negar que o impacto econômico frente a deficiências impõem ao indivíduo, à família e à comunidade em seu todo uma série de custos. Parte desse ônus econômico é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis da carga econômica estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos provedores de atenção. (CAVALCANTE, 2009)

O Relatório Mundial da OMS sobre deficiência (2012) corrobora a associação entre deficiência e pobreza, o que, ficou evidenciado em nosso estudo, uma vez que foi fortemente associado anos de estudo com salários mais altos. Assim, tão importante quanto o tipo de deficiência são as condições socioeconômicas das famílias envolvidas

No estudo evidenciou-se que o nível de escolaridade tem associação direta com a condição econômica da pessoa com deficiência física, pois as que apresentaram maior condição econômica frequentaram por mais tempo as instituições de ensino. Por outro lado, convém ressaltar, que a operacionalização de ações dirigidas a inclusão de pessoas com deficiência em instituições de ensino, e que conseqüentemente poderia trazer uma condição econômica favorável, encontra dificuldades relacionadas à infraestrutura física, a qualificação de professores e a carência informacional, sendo esta última, relacionada à acessibilidade às tecnologias assistivas.

Neste contexto o tema educação inclusiva tem ocupado espaço nos debates político educacionais, estando presentes as demandas educativas dos alunos, resultantes de suas características físicas, étnicas, culturais e socioeconômicas. Este debate tem promovido a implementação de políticas públicas significativas que proporcionaram mudanças no funcionamento dos sistemas de ensino e na qualidade do atendimento à diversidade presente no ambiente escolar. Assim, a educação inclusiva é um paradigma educacional balizado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, concebendo a inclusão como a inserção de pessoas com deficiência nas classes comuns de ensino regular. Desta forma, a inclusão escolar está articulada a movimentos sociais mais amplos, que exigem maior igualdade e mecanismos mais equitativos a bens e serviços a toda população, buscando um tratamento diferenciado, fundamentado nas peculiaridades de cada indivíduo, para igualar as condições de atuação na sociedade (BRASIL, 2010).

A partir dos dados obtidos e apresentados é possível evidenciar a correlação entre a condição econômica e a procura por centros de saúde, pois as pessoas que recebem uma faixa salarial entre 10 a 20 salários-mínimos, procuram mais por este tipo de serviço e as pessoas com renda salarial até 02 salários-mínimos não procuram. Assim, mais uma vez a condição econômica favorável demonstra ter relação não só com o nível de escolaridade mas também se destaca frente as questões de saúde. Situação que pode influenciar o enfrentamento no processo de reabilitação, bem como ser significativa frente as comorbidades e complicações.

Cabe ainda refletir sobre o baixo percentual de pessoas com deficiência física que procuraram as clínicas de reabilitação, fator que evidencia a lacuna existente nos serviços de saúde, uma vez que a política da pessoa com deficiência aponta para a necessidade de cobertura de 100% da população brasileira. Esta política data o ano de 2008, porém a legislação brasileira remonta a década de 1980. Questiona-se as mudanças ocorridas neste período e as ações concretas voltadas a esta população.

Segundo Gomes (2005) os serviços de reabilitação proporcionam o desenvolvimento físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional de um indivíduo, dentro do seu comprometimento fisiológico ou anatômico, levando em conta limitações ambientais. Dessa forma, a reabilitação tem como objetivo não somente capacitar as pessoas com deficiência para se adequarem ao seu ambiente, mas também procura intervir na comunidade, família e sociedade, para facilitar sua integração social. Nesta lógica à reabilitação, constitui-se como serviço essencial para a ampliação da participação social, devendo ser acessível, ocorrer com qualidade, estar voltada à pessoa e sua família e ser ofertada o mais próximo possível da comunidade onde a pessoa reside.

Conforme Faro (2006), os princípios da reabilitação promovem o envolvimento do paciente e sua família no planejamento e implementação de cuidados que têm como meta a máxima independência possível e o gerenciamento do autocuidado.

## **CONSIDERAÇÕES**

Este estudo atingiu o objetivo de analisar os determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença das pessoas com deficiência física residentes no município de Florianópolis, evidenciando que a própria deficiência é determinada pela violência urbana e pela mudança

do perfil demográfico, com uma participação maior de pessoas mais velhas, especialmente do sexo feminino. Este também evidenciou associação entre anos de estudo, renda média mensal, e uso de planos privados de saúde por parte das pessoas com deficiência física residentes em Florianópolis. Constatou também que o Estado de Santa Catarina carece da concretização de uma política de reabilitação, na qual, a pessoa com deficiência seja atendida com precocidade e qualidade.

O estudo reforça o entendimento de que o processo saúde-doença resulta de um conjunto de fatores, tanto sociais, como econômicos e culturais, que se combinam de forma particular em cada segmento da sociedade e em conjunturas específicas a determinados grupos, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis. Assim, determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e comportamentais, podem tanto favorecer como prejudicarem as condições de saúde das populações.

Por outro lado, as comunidades, as famílias e os próprios deficientes motores devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços. Isso deve resultar num dimensionamento melhor dos serviços às necessidades da população e na sua melhor utilização. Ademais, as intervenções devem levar em conta a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais, a fim de atender às necessidades das pessoas com deficiência e física de suas famílias.

Porém, a realização do estudo apresentou como limitação a dificuldade encontrada frente aos centros de saúde (CS) para identificar as pessoas com deficiência física, pois os prontuários eletrônicos dos usuários (InfoSaúde) apresentou-se desatualizado e existem centros de saúde não informatizados. Por outro lado houve resistência dos profissionais dos CS em fornecerem as informações mesmo com a apresentação da autorização da Secretária Municipal de Saúde do Município autorizando a pesquisa.

Para concluir, aponta-se como perspectivas a necessidade de continuidade nas investigações sobre as políticas efetivas voltadas as pessoas com deficiência e o aprofundamento sobre a mudança de rendimento familiar decorrente da deficiência.

## **REFERÊNCIAS**

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7<sup>a</sup>. Ed., rev. Florianópolis: Ed. UFSC, 2007. 315 p.

BARBOSA, I.R., COSTA I.C.C. **A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas.** Recife (PE): Portal DSS-Nordeste; 2013 Mar 27. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas/> [acesso em 02 de maio de 2013].

BRASIL- Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva /Secretaria de Educação Especial.** Brasília: Secretaria de Educação Especial,2010.

CAMERON, R.P. **Honoring the Experience of disability. Phi Kappa Phi Forum;** Summer 2014.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. **Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 45-56. ISSN 1413-8123.

Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. **A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention.** *Spinal Cord.* 2011 Apr; 49(4):493-501. Epub 2010 Nov 23. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23439068>. [acesso em 25 de agosto de 2014].

CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 3, p. 45-54.

FARO, A. C. M. **Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, Brasil, v. 40, n. 1, p. 128-133, mar. 2006. ISSN 1980-220X. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41520/45114>. [acesso em 06 de Out. de 2014].  
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>.

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.132-0144, 2011.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.1, pp. 123-133. ISSN 1413-8123.

GOMES, A.C. **Perfil de crianças e adolescentes atendidos por uma clínica universitária de fisioterapia em situação de inclusão escolar e social.** [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.

Gutiérrez C, Romaní F, Wong-Chero P, Montenegro-Idrogo JJ. **Perfil epidemiológico de la discapacidad por accidentes de tránsito en el Perú,** 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014; 31(2):267-73.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010 – resultados gerais da amostra.** Rio de Janeiro, 27 de abril de 2012. 65 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf> [acesso em 19 de janeiro de 2013].

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social.** *Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc,* v. 84, p. 131-157, 1976.

\_\_\_\_\_, A.C. **A saúde doença como processo social.** In: NUNES, E. D. (Org.) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global, 1993. p.133-158.

McCullough AL, Haycock JC, Forward DP, Moran CG. **Major trauma networks in England.** Dowloader from <http://bj.a.oxfordjournals.org/>

NORTON, L. **A lesão medular.** Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, Austrália, 2007-08 (2010).

**OMS. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.**

**PAHO. Información y análisis de salud: situación de salud en las Américas: indicadores básicos.** Washington, DC: Pan American Health Organization, 2009.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. **Saúde no Brasil. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros.** Veja, 2011, v. 6736, n. 11, p. 60053-6.

Schoeller SD, Boneti A, Silva GA da, Rocha A, Gelbcke FL, Khan P. **Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil.** ACTA FISIATR. 2011; 18(3): 141 – 145.

Schoeller SD, Silva DMGV da, Vargas MAO, Borges AMF, Pires DEP, Bonetti A. **Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(2):445-51, fev., 2013.

**WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.** Geneva; 2007.

Disponível:[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf) [acesso em 25 setembro de 2014].

Waiselfisz JJ. **Mapa da Violência no Brasil: anatomia dos homicídios no Brasil.** São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

The Lancet. Health in Brazil. 2011 May 9 [acesso em 14 jul 2011]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil> [acesso em 05 de junho de 2014].



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo possibilitou conhecer um pouco da realidade das pessoas com deficiência física que residem no município de Florianópolis e em parte a realidade destas pessoas no Estado Brasileiro. Neste panorama evidenciou-se que muitos jovens são acometidos pela violência urbana, considerando neste contexto os acidentes de trânsito, principalmente os que envolvem motos, entre outros, como o tráfico de drogas, as brigas de torcidas organizadas os ferimentos por arma de fogo ou simplesmente pela intolerância frente a determinados temas que culminam com a agressão física. Esta violência é a principal causa das deficiências motoras entre homens jovens e é extremamente necessário sensibilizar os governantes para que tomem postura mais enérgica com vistas a diminuir este quadro, pois em países desenvolvidos esta ocorrência não tem caráter expressivo, talvez pelo rigor frente a aplicação de pena e detenção, bem como campanhas educativas e a realidade educacional, onde temas desta natureza estão inseridos nos currículos da educação infantil.

Frente a esta realidade, observa-se que no país tem diminuído a taxa de fecundidade, e que estamos nos tornando uma nação onde predominará uma população idosa, que por sua vez também terá agravantes frente as condições de saúde, com o aumento das ocorrências das doenças crônicas degenerativas. Esta constatação corrobora com os dados obtido no estudo, onde constatou-se que a principal causa de deficiência física em mulheres idosas é a ocorrência de doenças crônicas degenerativas. Assim, ampliar a rede pública de atenção a saúde, bem como o acesso aos serviços de reabilitação e o investimento em diagnósticos precoces com educação em saúde é fator chave para suprimir a ocorrência das deficiências motoras.

A realização desse estudo encontrou dificuldades frente a obtenção dos dados das pessoas com deficiência física nos centros de saúde, hora por falta de informatização ou simplesmente por falta de apoio das equipes de saúde. O saldo positivo foi que este contribui pra o entendimento das deficiências, e mostrou o quanto é difícil para essas pessoas exercerem sua plena cidadania, o quanto é difícil ter acesso a determinados serviços de saúde, principalmente ao mais necessário que é os serviços de reabilitação. Por outro lado, os achados devem alavancar uma mudança e serão apresentados aos gestores em saúde do município, bem como serão apresentados em eventos nacionais e internacionais. Espera-se que esta conduta também estimule as potencialidades deste grupo e que reduza as fragilidades. Sugere-se que

o tema seja estudado por outros pesquisadores, dando continuidade a pesquisa e entendendo as demais realidades dos municípios catarinenses.

## REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. In: Revista Práxis. Ano III, nº 6. Agosto, 2011. Disponível em: <<http://www.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 08 de set. de 2014.
- ARANHA, Maria Salete Fábio. Trabalho e Emprego: **Instrumento de Construção da Identidade Pessoal e Social**. Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência; Vol. 9. São Paulo: SORRI-BRASIL; Brasília: Corde, 2007.
- BARATA, R.B. **Como e por que as Desigualdades Sociais fazem Mal a Saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 120 p.
- BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7<sup>a</sup>. Ed., rev. Florianópolis: Ed. UFSC, 2007. 315 p.
- BARBOSA, I.R., COSTA I.C.C. **A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas**. Recife (PE): Portal DSS-Nordeste; 2013 Mar 27. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas/> [acesso em 02 de maio de 2013].
- BARTALOTTI, Celina Camargo. **Inclusão Social das Pessoas com Deficiência: utopia ou possibilidade?** Coleção Questões Fundamentais da Saúde, nº 11. São Paulo, 2006.
- BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves and ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2435-2445. ISSN 1413-8123.
- BRASIL- Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva /Secretaria de Educação Especial**. Brasília: Secretaria de Educação Especial, 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência;** 2011.

\_\_\_\_\_. **A Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho.** 2<sup>a</sup>. Ed., Brasília: MTE, SIT, 2007.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2008.

\_\_\_\_\_. **Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** IV Semana de Valorização da Pessoa com Deficiência. Brasília: Senado Federal, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. A inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Brasília: MTE, SIT, DEFIT, 2007.

**BIELER, R. B. Desenvolvimento Inclusivo: Uma abordagem universal da Deficiência.** São Paulo, 2007

**CAMERON, R.P. Honoring the Experience of disability. Phi Kappa Phi Forum;** Summer 2014.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. **Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 45-56. ISSN 1413-8123.

CAVALCANTI, V. M. Inclusão no mercado de trabalho: a experiência de pessoas com deficiência física. 2012. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

CHAGAS, A. M. de R. **Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência.** Dissertação de Mestrado 2006. 114 p. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. **A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention.** Spinal Cord. 2011 Apr; 49(4):493-501. Epub 2010 Nov 23. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23439068>. [acesso em 25 de agosto de 2014].

Cordeiro A.M, Oliveira G.M, Rentería JM, Guimarães C.A, **Grupo de Estudo de Revisão Sistemática do Rio de Janeiro (GERS-Rio). Revisão sistemática: uma revisão narrativa.** Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 34 - Nº 6, Nov. / Dez. 2009

COSTA, S; FONTES, M; SQUINCA, F. **Tópicos em Bioética.** Brasília: Letras Livres, 2006, p. 82-94.

CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 3, p. 45-54.

DEVANDAS, C. **Proyecto Sur.** Trabalho apresentado na 2ª Reunião do Proyecto Sur. Nova York, 2006.

DINIZ, D. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; SQUINCA, F; MEDEIROS, M; **Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva** In: COSTA, S; FONTES, M; SQUINCA, F. **Tópicos em Bioética.** Brasília: Letras Livres, 2006, p. 82-94.

DONNELLY, C. McColl, M.A, CHARLIFUE, S. VIDRO, C. O'BRIEN, P. SAVIC, G., SMIHT, K. **Utilização, acesso e satisfação com a atenção primária entre as pessoas com lesões na medula espinhal: a comparação dos três países da Medula Espinhal.** 2007.45, 25-36.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** 2ª Ed. São Caetano do Sul: Ed. Difusão, 2009. 207 p.

FABRICIO, S. C. C.; PARTEZANI, A. R. **Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento.** Revista REME, Belo Horizonte, MG, v.9, n. 2, p. 113-119, 2008.

FARO, A. C. M. **Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, Brasil, v. 40, n. 1, p. 128-133, mar. 2006. ISSN 1980-220X.

Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/re USP/article/view/41520/45114>>.[ acesso em 06 de Out. de 2014].

doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>.

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.132-0144, 2011.

FERRONATTO et al. Inclusão laboral da pessoa portadora de deficiência. Rev. Digital(Buenos Aires). v. 12, n. 117. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 08 de maio de 2014.

Fekete C, Siegrist J, Reinhardt JD, Brinkhof MWG, for the SwiSCI Study Group (2014) Is Financial Hardship Associated with Reduced Health in Disability?The Case of Spinal Cord Injury in Switzerland. PLoS ONE 9(2): e 90130.doi:10.1371/journal.pone. 0090130.

FONTES, W.D. et al . **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço.** Acta paul. enferm., v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Set. 2014.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.1, pp. 123-133. ISSN 1413-8123.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A.C. **Perfil de crianças e adolescentes atendidos por uma clínica universitária de fisioterapia em situação de inclusão escolar e social.** [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.

GUGEL, Maria Aparecida. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Concurso Público: reserva de cargos e empregos públicos, administração pública direta e indireta.** 2ª Ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

Gutiérrez C, Romaní F, Wong-Chero P, Montenegro-Idrogo JJ. **Perfil epidemiológico de la discapacidad por accidentes de tránsito en el Perú,** 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(2):267-73.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia/caracteristicas\\_religiao\\_deficiencia\\_tab\\_gregioes\\_xls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm)> Acesso em: 14 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico de 2010 – resultados gerais da amostra.** Rio de Janeiro, 27 de abril de 2012. 65 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf> [acesso em 19 de janeiro de 2013].

\_\_\_\_\_. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 de abril. 2013.

Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, Norton L (2010) "**A lesão medular, Austrália**", 2007-08.

HULLEY, S. D. et al., **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** Porto Alegre: Artmed: 2008.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. **Estudos seccionais.** In: MEDRONHO, R.; CARVALHO,

D.M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNEK, G.L. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2005. p.493.

Krause J.S, Carter R.E. **Risco de mortalidade após a lesão medular: relação com o apoio social, educação e renda.** Medula Espinhal 47: 592-596. doi: 10.1038 / sc.2009.15

KRIEGER, N. **A glossary for social epidemiology.** J Epidemiol Community Health 2009; 693-700p

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social.** Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc, v. 84, p. 131-157, 1976.

\_\_\_\_\_, A.C. **A saúde doença como processo social.** In: NUNES, E. D. (Org.) Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1993. p.133-158.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARTINS, J. J. **Idosos com necessidades de cuidado domiciliar.** Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, p. 319-325, 2009.

Marmot M, Allen J, a Bell R, Bloomer E, Goldblatt P (2012) **revisão dos determinantes sociais da saúde e da divisão de saúde europeia da OMS.** Lancet 380: 1011-1029. doi: 10.1016 / S0140-6736 (12) 61228-8

McCullough AL, Haycock JC, Forward DP, Moran CG. **Major trauma networks in England.** Downloader from <http://bj.a.oxfordjournals.org/>

MEDEIROS, M; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Uma análise do Benefício de Prestação Continuada: Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil.** Brasília,2007.

MEDRONHO, R.A.; Bloch, K.V.; Luiz, R.R.;Werneck, G. L. **Epidemiologia.** 2<sup>a</sup>. Ed.São Paulo: Atheneu.2008. 790p.

MENDONÇA, R. C. T. **Breves comentários sobre os dispositivos legais que subsidiam a política de inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.** 2007. Disponível em: <http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=19683>. Acesso em: 21 jun. de 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

NORTON, L. **A lesão medular.** Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, Austrália, 2007-08 (2010).

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência.** São Paulo: SEDPCD, 2012. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf)> Acesso em: 12 agosto 2014.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank** ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPCD, 2012. 334 p.

Oliver M. The individual and social models of disability. Paper presented at Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians, 23 jul. 1990. [acessado 2010 jul 11]. Disponível em: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/in%20soc%20dis.pdf>.

OMOKE, N.I. et al. Traumatic extremity amputation in a Nigerian setting: patterns and challenges of care. *Int Orthop*, v. 36, n. 3, p. 613-8, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00264-011-1322-7/fulltext.html>> Acesso em: 06 Set. 2014

PAHO. **Información y análisis de salud: situación de salud en las Américas: indicadores básicos.** Washington, DC: Pan American Health Organization, 2009.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. **Saúde no Brasil. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros.** *Veja*, 2011, v. 6736, n. 11, p. 60053-6.

ROUQUAYROL, A. F. MARIA Z. **Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2009, p. 736.

ROSS, P. R. **Trabalho das pessoas com deficiência: transformando barreiras em oportunidades.** In: MANZIN, E. J. (Org.). Inclusão e acessibilidade. Marília: ABPEE, 2006.

SANTA CATARINA. **Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física.** Florianópolis, novembro 2008.

Sampaio RF, Luz MT . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009

Schoeller SD, Boneti A, Silva GA da, Rocha A, Gelbcke FL, Khan P. **Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil.** ACTA FISIATR. 2011; 18(3): 141 – 145.

Schoeller SD, Silva DMGV da, Vargas MAO, Borges AMF, Pires DEP, Bonetti A. **Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação.** Rev. enfermagem UFPEL on line., Recife, 7(2):445-51, fev., 2013.

SCHOELLER, S. D. et al. **Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação.** Rev enferm UFPE on line, v. 7, n. 2, p.445-51, 2013. Disponível em:  
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>> Acesso em: 30 Ago 2014.

Siqueira FVC et al. Ciência & Saúde Coletiva, V. 14(1):39-44, 2009

TEIXEIRA, M.C.A. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2010.

WHO. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.** Geneva; 2007.

Disponível:[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/cs\\_dh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/cs_dh_framework_action_05_07.pdf) [acesso em 25 setembro de 2014].

Waiselfisz JJ. **Mapa da Violência no Brasil: anatomia dos homicídios no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

The Lancet. Health in Brazil. 2011 May 9 [acesso em 14 jul 2011].  
Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>  
[acesso em 05 de junho de 2014].

TOLDRÁ, R. C.; SÁ, M. J. C. N. **A profissionalização de pessoas com deficiência em Campinas: fragilidades e perspectivas**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 48-55, 2008.

\_\_\_\_\_. **Políticas afirmativas: opinião das pessoas com deficiência acerca da legislação de reserva de vagas no mercado trabalho**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 110-117, 2009.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A - FORMULARIO DE COLETA DE DADOS

#### QUESTIONÁRIO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

**Coletador:**

Coletador 1

Coletador 2

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Participante n.: \_\_\_\_\_

**1. Nome completo (opcional):**

**2. Sexo:**

(1) Feminino

(2) Masculino

**3. Cor ou raça (como se declara):**

(1) Branca

(2) Preta

(3) Parda

(4) Indígena

(5) Amarela

**4. Data de nascimento:** \_\_/\_\_/\_\_

**5. Idade:**

**6. Tipo de deficiência:**

(1) Tetraplegia

(2) Paraplegia

(3) Hemiparesia

(4) Hemiplegia

(5) Tetraparesia

(6) Paraparesia

(7) Amputação membro superior esquerdo

(8) Amputação membro superior direito

(9) Amputação membro inferior direito

(10) Amputação membro inferior esquerdo

(11) Nanismo

(12) Ostomizado

(13) Mastectomizado

(14) Outro tipo de deficiência? Qual?

**Anos de educação formal:**

**7. Estado matrimonial atual:**

(1) Solteiro

(2) Divorciado

(3) Separado

(4) Atualmente casado

(5) Viúvo

(6) Namorando

(7) Coabitação

(8) Não se aplica

(9) N° casamentos anteriores

**8. Religião:**

**9. Ocupação/Profissão:**

(1) Emprego assalariado

(2) Trabalha por conta própria

(3) Não assalariado, voluntário/caridade

(4) Estudante

(5) Do lar/Dona de casa

(6) Aposentado

(7) Desempregado (razão de saúde)

(8) Desempregado (outra razão)

(9) Benefícios por invalidez

(10) Trabalhador formal

**10. Mora com:**

(1) Família

(2) Pai

(3) Mãe

(4) Esposo (a)

(5) Irmão (a)

(6) Filho (a)

(7) Namorado (a)

(8) Avô (ó)

(9) Cuidador remunerado

(10) Vizinho

(11) Amigo

(12) Sozinho

(13) Instituição de caridade

(14) Instituição de saúde

(15) Mora com outra pessoa? Qual?

**11. Posição na família:**

(1) Pai

(2) Mãe

(3) Filho (a)

(4) Primo (a)

(5) Nora

- (6) Genro
- (7) Sogro (a)
- (8) Tio (a)
- (9) Sobrinho (a)
- (10) Outro? Qual?

**12.1 Renda média mensal atual da família:**

- (1) Até 2 SM - Até R\$ 1.448
- (2) 2 a 4 SM - R\$ 1.448 a R\$ 2.896
- (3) 4 a 10 SM - R\$ 2.896 a R\$ 7.240
- (4) 10 a 20 SM - R\$ 7.240 a R\$ 14.480
- (5) Acima de 20 SM - R\$ 13.560 ou mais
- (6) Sem renda

**12.2. Renda média mensal da família antes da deficiência:**

- (1) Até 2 SM - Até R\$ 1.448
- (2) 2 a 4 SM - R\$ 1.448 a R\$ 2.896
- (3) 4 a 10 SM - R\$ 2.896 a R\$ 7.240
- (4) 10 a 20 SM - R\$ 7.240 a R\$ 14.480
- (5) Acima de 20 SM - R\$ 13.560 ou mais
- (6) Sem renda

**12. Propriedade do imóvel/tipo de propriedade:**

- (1) Própria
- (2) Cedida
- (3) Posse
- (4) Alugada

**13. Características da moradia e relação de bens e equipamentos da residência atual:**

- N. de cômodos:
- N. de moradores:
- N. de banheiros:
- N. de televisores:
- N. de micro-ondas:
- N. de fogões:
- N. de geladeiras:
- N. de máquinas de lavar roupas:
- N. de máquinas de lavar louças:
- N. de computadores:
- N. de telefones:
- N. de ar condicionado:
- N. de DVDs:
- N. de carros:
- N. de empregados:

**14. Características da moradia e relação de bens e equipamentos da residência anterior a deficiência:**

- N. de cômodos:
- N. de moradores:
- N. de banheiros:

- N. de televisores:
- N. de micro-ondas:
- N. de fogões:
- N. de geladeiras:
- N. de máquinas de lavar roupas:
- N. de máquinas de lavar louças:
- N. de computadores:
- N. de telefones:
- N. de ar condicionado:
- N. de DVDs:
- N. de carros:
- N. de empregados:

**15. Local de moradia**

**16.1 Bairro:**

**16.2. Características da rua:**

- (1) Calçada - Bem conservada
- (2) Calçada - Regular
- (3) Calçada - Em péssimas condições
- (4) Pavimentada - Bem conservada
- (5) Pavimentada - Regular
- (6) Pavimentada - Em péssimas condições
- (7) Estrada de chão - Bem conservada
- (8) Estrada de chão - Regular
- (9) Estrada de chão - Em péssimas condições

**16.3 Saneamento básico:**

- (1) Água casan
- (2) Água nascente
- (3) Água vizinho
- (4) Esgoto - fossa séptica
- (5) Fossa seca
- (6) Fossa negra
- (7) Rede pluvial

Outro tipo de saneamento básico? Qual?

**16.4 Características do terreno:**

- (1) Aclive acentuado
- (2) Declive acentuado
- (3) Plano

- (4) Irregular  
 (5) Outro tipo de terreno? Qual?

**16.5 Próximo a (até 150 metros):**

Supermercado  
 Farmácia  
 Posto de saúde  
 Shopping center  
 Hospital público  
 Hospital privado  
 Unidade de saúde  
 Padaria  
 Ponto de ônibus  
 Igreja  
 Escola pública  
 Escola privada  
 Lixão  
 Favela  
 Ponto de táxi  
 Rio  
 Morro  
 Mar

**16. Hábitos e estilo de vida – n. de vezes por mês:**

**17.1 Alimentação/Bebidas**

Vinho: Mililitros por dose:  
 Cerveja: Mililitros por dose:  
 Cachaça: Mililitros por dose:  
 Outro destilado: Mililitros por dose:  
 Refrigerante: Mililitros por dose:  
 Água (dia): Mililitros por dose:  
 Carne vermelha cozida:  
 Carne vermelha frita:  
 Carne vermelha grelhada:  
 Peixe cozido:

Peixe frito:  
 Peixe grelhado:  
 Frango (peito) cozido:  
 Frango (peito) frito:  
 Frango (peito) grelhado:  
 Frango (exceto peito) cozido:  
 Frango (exceto peito) frito:  
 Frango (exceto peito) grelhado:  
 Porco cozido:  
 Porco frito:  
 Porco grelhado:  
 Linguíça cozida:  
 Linguíça frita:  
 Linguíça grelhada:  
 Legumes cozidos:  
 Legumes fritos:  
 Legumes grelhados:  
 Demais cozidos (carboidratos):  
 Demais frituras (carboidratos):  
 Demais grelhados (carboidratos):  
 Ovo cozido:  
 Ovo frito:  
 Omelete:  
 Arroz integral:  
 Arroz branco:  
 Feijão:  
 Leite desnatado:  
 Leite integral:  
 Iogurte integral:  
 Iogurte desnatado:  
 Lactobacilos:  
 Frutas:  
 Verduras cruas:  
 Verduras cozidas:  
 Verduras grelhadas:  
 Pão integral:  
 Pão branco:  
 Biscoito salgado:  
 Biscoito doce:  
 Doces:

**17.2 Hábitos sociais/lazer**

Assiste filmes  
 Assiste novelas  
 Assiste desenhos  
 Assiste documentário  
 Assiste esporte na tv  
 Demais programas de TV  
 Escuta músicas  
 Vai ao cinema  
 Vai danças/barzinho  
 Vai ao teatro

Namora  
 Come fora  
 Vai a praia  
 Visita amigos  
 Visita a família  
 Jogos eletrônicos  
 Redes sociais  
 Passeio ao ar livre  
 Frequenta grupo de jovens  
 Frequenta grupo de autoajuda  
 Frequenta grupo da terceira idade  
 Convívio familiar  
 Trabalha

### 17.3 Hábitos de leitura

Le jornal  
 Le revista  
 Le livros  
 De material técnico  
 Navega na internet – notícias  
 Navega na internet – sites relacionamento  
 Navega na internet – compras  
 Navega na internet – focos  
 Navega na internet – Outro. Qual?

### 17.4 Hábitos religiosos

Vai a igreja  
 Frequenta grupos religiosos  
 Participa de grupos da igreja  
 Vai a novenas  
 Vai a missa/culto

### 17.5 Atividade física:

Esporte: \_\_\_\_\_  
 Frequência semanal: \_\_\_\_\_  
 Tempo (messes): \_\_\_\_\_  
 Esporte: \_\_\_\_\_  
 Frequência semanal: \_\_\_\_\_  
 Tempo (messes): \_\_\_\_\_  
 Esporte: \_\_\_\_\_  
 Frequência semanal: \_\_\_\_\_  
 Tempo (messes): \_\_\_\_\_

### 17.6 Demais:

N. de cigarros/dia:  
 Anos que fuma:

### 17. Comorbidades e complicações:

18.1 Não existe nenhuma comorbidade:

18.2 Não existe complicação:

(1) \_\_\_\_\_ Código CID \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_ Código CID \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_ Código CID \_\_\_\_\_

(4) Existe uma condição de saúde, porem seu diagnostico não é conhecido. Há necessidade?

### 19. Causa e data do inicio da deficiência:

19.1 Causa: \_\_\_\_\_

19.2 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Evolução/observação: \_\_\_\_\_

2. Causa: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Evolução/observação: \_\_\_\_\_

### 21. Serviços de saúde utilizados no ultimo ANO (n. de vezes)

- (1) Centro de saúde
- (2) Clínica de Reabilitação
- (3) Fisioterapia
- (4) Hospitais
- (5) Associações

### 21. Plano de saúde:

(1) Sim

(2) Não

### 22. Foi hospitalizado no ultimo ano?

(1) Sim

(2) Não

Se sim, especificar razão e por quanto tempo:

a. \_\_\_\_\_ Quantos dias? \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ Quantos dias? \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_ Quantos dias? \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_ Quantos dias? \_\_\_\_\_

### 23. Toma algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)?

Sim

Não

### 23.1 Se SIM, especificar os principais:

a. Nome do medicamento:

b. Nome do medicamento:

c. Nome do medicamento:

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr ( a) para participar do estudo intitulado: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA RESIDENTE EM FLORIANÓPOLIS**, o qual é coordenado pela Enfermeira Professora Dra. Soraia Dornelles Schoeller. A pesquisa faz parte do macroprojeto intitulado “**O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina – realidade e desafios**”, que é coordenado pela Enfermeira Professora Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O estudo tem por objetivo analisar a situação de saúde e o cuidado ao deficiente físico em Florianópolis/SC. A coleta de dados será realizada através de formulário eletrônico com questões fechadas e entrevistas, contendo perguntas relacionadas a sua condição de saúde, hábitos de vida, prática de exercício físico, alimentação e uso de medicamentos, atividades da vida diária realizadas, complicações físicas, comorbidades, além de outros que você julgar importantes. As perguntas da entrevista terão o objetivo de conhecermos um pouco mais acerca de quem lhe dá apoio, quais serviços de saúde você já frequentou e frequenta e como se relaciona com as pessoas mais próximas. Garantimos que seu nome e qualquer outro dado pessoal serão mantidos em sigilo e que o (a) Sr (a) terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento, não implicando em qualquer ônus ou prejuízo para a assistência que recebe. Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine. Qualquer informação adicional ou esclarecimento a respeito do trabalho poderá ser obtido junto às responsáveis:

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza padilha (e-mail: padilha@ccs.ufsc.br) e Dra. Soraia Dornelles Schoeller (e-mail: soraia.dornelles@ufsc.br). Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721-9787.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que participo e que fui esclarecido sobre os objetivos e métodos deste estudo, estando ciente que posso desistir de participar em qualquer momento e ainda que terei meu direito de anonimato preservado, assim como o sigilo dos meus dados pessoais fornecidos.

---

Ass. do participante ou responsável

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO A - PARECER DA PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina e realidade e desafios

**Pesquisador:** Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03932812.2.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 216.396

**Data da Relatoria:** 11/03/2013

##### Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada e O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina e realidade e desafios procura fazer uma análise das condições em que vivem as pessoas com deficiências físicas, bem como dos trabalhadores nesta área da saúde e dos cuidadores de pessoas com deficiência física e também possibilitará ao SUS e serviços voltados ao deficiente físico, a criação e implantação de ações que resultem na melhoria da qualidade de vida desta parcela significativa da população, entre estas, a elaboração de instrumentos educativos para o cuidado com o deficiente físico, seguindo a política nacional de inclusão das categorias populacionais importantes.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a situação de saúde e o cuidado ao deficiente físico nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça (pertencentes à Regional de Saúde da Grande Florianópolis, e Itajaí (pertencente à Regional de Saúde de Itajaí).

Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes destes municípios 2. Conhecer a qualidade de vida das pessoas com deficiência física residentes destes municípios; 3. Analisar as redes de apoio às pessoas com deficiência física, residentes nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça e Itajaí. 4. Conhecer, na perspectiva dos sujeitos trabalhadores, a organização do processo de trabalho da equipe de saúde do Centro de

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Reabilitação e a continuidade do cuidado, na relação deste serviço com a atenção básica. 5. Reconhecer as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente físico em serviços de saúde de municípios dos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Itajaí, a partir da experiência dos profissionais de saúde. 6. Investigar a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica destes municípios; 7. Identificar e descrever a infraestrutura, cobertura e capital humano das unidades de saúde existentes nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça que atendem as pessoas com deficiência física. 8. Desenvolver e avaliar um sistema de informação SISReab de suporte aos profissionais de saúde, para armazenamento de dados e informações que permitam o controle, o gerenciamento e o monitoramento das pessoas com deficiência física nestes municípios; 9. Analisar a história do cuidado, das intervenções de saúde e políticas públicas relativas ao deficiente físico em Santa Catarina.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Pelo desenho metodológico não há possibilidade de riscos para os participantes, podendo os mesmos desistirem de participar do estudo em qualquer momento do mesmo.

Benefícios:

Pretendemos com o desenvolvimento deste projeto obter alguns benefícios coletivos que fortalecerão o conhecimento e a produção científica na área de História da Enfermagem, além de possibilitar uma formação acadêmica integrada em princípios de qualidade e produtividade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação e é profunda nos questionamentos a serem analisados aos três grupos de participantes da pesquisa, sobre tudo, as pessoas com deficiência física.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEPESH, porém, solicitamos que seja colocado de forma expressa no TCLE o comprometimento dos pesquisadores em submeterem-se a Resolução 196/96 e suas complementares no que toca a pesquisa proposta e já previsto no item „Resumo“, página 5 do presente projeto.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foi apresentado a declaração de anuência e autorização da instituição do Centro Catarinense de

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Reabilitação conforme solicitado pelo CEP/SH.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

colegiado

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2013

---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 002/SMS/DFMSL/RH/IES/2014

Florianópolis, 27 de janeiro de 2014

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: "O CUIDADO À SAÚDE DO DEFICIENTE FÍSICO EM SANTA CATARINA - REALIDADE E DESAFIOS", enviado por V<sup>as</sup> S<sup>as</sup> a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução nos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Certos de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391564.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marynes T. Reibnitz".

Marynes Terezinha Reibnitz  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Ilustríssima Senhora  
**Soraia Dornelles Schoeller**  
Nesta