



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO:
ATENÇÃO BÁSICA**

DAIANE ZENI

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PASSO FUNDO, RS
2021**

DAIANE ZENI

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica, Área Temática: Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Me. Maríndia Biffi;

Co-orientadora: Esp. Leila Juliana Antunes Rigo.

PASSO FUNDO, RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Zeni, Daiane

Perfil Sociodemográfico e Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência em uma Estratégia Saúde da Família / Daiane Zeni. -- 2021.

82 f.:il.

Orientadora: Mestre Maríndia Biffi

Co-orientadora: Especialista Leila Juliana Antunes

Riggo

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2021.

I. Biffi, Maríndia, orient. II. Riggo, Leila Juliana Antunes, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DAIANE ZENI

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em 09/02/2021, conforme Ata N° 02/2021.
Em função da Pandemia do novo coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela UFFS, esse Termo foi assinado apenas pelo Presidente da Banca

BANCA EXAMINADORA


Prof. Me. Maríndia Biffi
Orientadora

Esp. Leila Juliana Antunes Riggo
Coorientadora

Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes – UFFS
Membro examinador

Prof. Dra. Shana Ginar da Silva – UFFS
Membro examinador

RESUMO

O capítulo I, primeiramente traz sobre o Diagnóstico Territorial no cenário de campo prático da Residência Multiprofissional em Saúde. Através da elaboração do diagnóstico, pode-se observar as demandas e particularidades do território, para posterior desenvolvimento do projeto de pesquisa. Atualmente, muitas políticas públicas existem para as pessoas com deficiência, mas vale ressaltar que as mesmas continuam invisíveis diante da sociedade, principalmente dos serviços de saúde. O capítulo II aborda o projeto pesquisa-intervenção. Este tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, em uma Estratégia Saúde da Família, onde diferentes fatores podem influenciar na qualidade de vida, como por exemplo, apresentar algum tipo de deficiência, interferindo diretamente no cotidiano de vida dessa população. Esse estudo é caracterizado como observacional, transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, que vai ser desenvolvido em um município na região norte do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa são as pessoas com deficiência que residem no local de estudo. A partir da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, foi utilizado como critério de inclusão pessoas com deficiência física, visual, mental e com idade acima de 18 anos. Como critérios de exclusão, pessoas com déficit cognitivo e auditivo, que impossibilitem a realização da coleta de dados devido a interpretação dos questionários. A realização da coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, para a organização e análise foi empregado o Teste de Qui-quadrado, considerando-se o nível de significância estatística de 5%. O capítulo III descreve o relatório de trabalho de campo, referente a coleta de dados e intervenção e o último capítulo contempla o artigo desenvolvido com base no projeto pesquisa-intervenção.

Palavras chave: Atenção Básica; Pessoas com deficiência; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Chapter I first bring with the Territorial Diagnosis in the practical field scenario of the Multiprofessional Health Residency. Through the elaboration of the diagnosis, it is possible to observe the demands and particularities of the territory, for further development of the research project. Currently, many public policies exist for people with disabilities, but it is noteworthy that they remain invisible to society, especially health services. Chapter II addresses the research-intervention project as described below. This aims to understand the sociodemographic profile and quality of life of people with disabilities, in a Family Health Strategy, where different factors can influence the quality of life, such as having some type of disability, directly interfering in the daily life of that population. This study is characterized as observational, cross-sectional and descriptive, with a quantitative approach, which will be developed in a municipality in the northern region of Rio Grande do Sul. Research participants are the people with disabilities who reside in the study site. From the training of Community Health Agents, people with physical, visual, mental and over 18 years old disabilities were used as inclusion criteria. As exclusion criteria, people with cognitive and auditory deficits, which make data collection impossible due to the interpretation of the questionnaires. The data collection was carried through semi-structured interviews, for the organization and analysis the Chi-square test was used, considering the level of statistical significance of 5%. Chapter III describes the fieldwork report, referring to data collection and intervention and the last chapter contemplates the article developed based on the research-intervention project.

Keywords: Primary Care; Disabled people; Quality of life.

SUMÁRIO

1. CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	9
1.1. INTRODUÇÃO	9
1.2. CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL	10
1.3. DESCRIÇÃO DO CAMPO PRÁTICO.....	12
1.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	18
1.5. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA PESQUISA-INTERVENÇÃO	21
REFERÊNCIAS.....	22
2. CAPÍTULO II: PROJETO PESQUISA-INTERVENÇÃO	23
2.1. INTRODUÇÃO	23
2.1.1. Justificativa	24
2.1.2. Tema	25
2.1.3. Problema	25
2.1.4. Objetivos	25
2.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
2.2.1. A pessoa com deficiência e o campo da saúde	26
2.2.2. A pessoa com deficiência em relação a qualidade de vida	28
2.3. METODOLOGIA	31
2.3.1. Caracterização do estudo	31
2.3.2. Campo de estudo	31
2.3.3. Participantes da pesquisa	31
2.3.4. Coleta de dados	32
2.3.5. Análise dos dados	33
2.3.6. Aspectos éticos	33
2.3.7. Divulgação dos resultados	34
2.3.8. Cronograma	35
2.3.9. Orçamento	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES	40

Apêndice A	40
Apêndice B	41
Apêndice C	42
ANEXOS	45
Anexo A	45
3. CAPÍTULO III: RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	52
3.1. INTRODUÇÃO	52
3.2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	52
3.3. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS.....	55
3.4. RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	56
3.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	57
3.6. ANEXO.....	58
ANEXO A	58
4. CAPÍTULO IV: ARTIGO CIENTÍFICO	62
ANEXO A	74

1. CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1. INTRODUÇÃO

Através de um conjunto de ações tanto coletivas e/ou individuais, a atenção básica abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver atenção integral aos usuários de acordo com as suas necessidades e servir como principal porta de entrada e comunicação para os sistemas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) segue os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando a resolatividade dos serviços, bem como impactando na situação de saúde e autonomia dos usuários e, nos determinantes e condicionantes de saúde da população em seu território adscrito.

A partir disso, para qualificar o serviço nas ESFs foram instituídas recentemente pelo governo, as Residências Multiprofissionais em Saúde. Estas foram elaboradas para a formação em serviço dos profissionais com base no vínculo entre a universidade e o município de adoção do programa. No início da sua implantação, estavam centradas apenas em locais considerados como grandes centros urbanos e com o decorrer do tempo foram se expandindo para as cidades do interior, trazendo novos desafios para as instituições envolvidas (MENEZES; DALLEGRAVE, 2014).

A formação em serviço busca qualificar o residente em uma determinada área, através da teoria e prática durante um período de dois anos. Propicia além do crescimento profissional, o desenvolvimento de competências relativas ao cargo e um olhar mais sensível em relação as demandas dos usuários e comunidade.

Os componentes essenciais na educação permanente dos profissionais, são compostos principalmente pelo ensino através das instituições que aderem ao programa e pela gestão, pelos serviços de saúde de âmbito municipais, fazendo com que colabore para com as políticas públicas existentes no país, como por exemplo o SUS (CECCIN; FEUWERKER, 2004).

Todos os aspectos positivos que o programa das residências apresenta, refletem diretamente na assistência aos usuários e/ou pacientes, em conjunto com a equipe de serviço onde o residente está inserido.

Portanto, para que se amenize as demandas dos usuários de acordo com as particularidades que cada contexto apresenta, se faz necessário a contínua implantação de Residências Multiprofissionais em Saúde nos locais considerados distantes dos grandes centros de saúde contribuindo na resolutividade dos serviços de saúde.

1.2. CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

O Município de Marau é localizado ao Norte do Estado do Rio Grande do Sul, com uma área de mais de 650 quilômetros quadrados, fazendo limites com os municípios de Mato Castelhana, Gentil, Santo Antônio do Palma, Vila Maria, Camargo, Ibirapuitã, Nicolau Vergueiro, Ernestina e Passo Fundo (Figura 1). Essa cidade foi colonizada por imigrantes Italianos no ano de 1904 e obteve sua emancipação em 28 de fevereiro de 1955 (MARAU, 2018).



Figura 1- Localização do Município de Marau (FONTE: Google imagens)

Marau apresentou em seu território inicial a atividade para o tropeio de gado, onde tropeiros e militares se estabeleceram nas propriedades contribuindo para o aumento da população com o passar do tempo. Com a chegada dos imigrantes italianos em 1916, tornou-se o quinto Distrito de Passo Fundo. Além da colaboração

desses colonizadores, os Freis Capuchinhos que se instalaram no ano de 1934 contribuíram para o crescimento urbano e rural através da assistência espiritual (MARAU, 2018).

Até meados da década de 60, o setor da agricultura de Marau foi caracterizado como de subsistência e, a criação de suínos já era transformada em atividade comercial desde a década de 20, pelo frigorífico Borella e Cia Ltda. considerado o marco da indústria local tornando-se conhecida no mercado nacional. Já na década de 70, ocorreu a instalação de agências bancárias, o cooperativismo agrícola e a mecanização da lavoura que alteraram a caracterização do município. Entretanto, a crise no setor de produção na década de 80, provocou um grande êxodo rural e nova mudança na atividade agropecuária. Atualmente, as tecnologias contribuíram para a melhoria do solo, trazendo diversificação de produtos e na pecuária destaque-se a produção de leite e a avicultura, atendendo à demanda das indústrias de alimentos instalados na região (MARAU,2018).

Em relação ao aspecto cultural Marau se destaca com o Coral Italiano e os Grupos Folclóricos, riqueza e diversidade nas comidas, bebidas e belezas naturais oriundas da zona rural. No turismo apresenta a Rota das Salamarias, caracterizada como um trajeto de 13 km pelo meio rural contribuindo para que se classifique como uma das maiores cidades produtoras de salame da América Latina e a segunda maior de leite do estado (MARAU, 2018).

Com o passar dos anos a população foi aumentando em conjunto com o crescente desenvolvimento local, totalizando 43.435 habitantes, apresentando Densidade Demográfica de 56,00 Hab/Km² (IBGE, 2018). A Expectativa de Vida ao Nascer é de em torno 74,64 anos (2000) e o Coeficiente de Mortalidade Infantil 8,05 por mil nascidos vivos (2010). Com relação a economia o PIB (2010) R\$1.257.707 e PIB per capita (2010): R\$ 34.569 e, Exportações Totais chegando em 2010 a U\$ FOB 22.663.976 (MARAU, 2018).

Apresenta dentre os aspectos educacionais as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (11), Enceja - Educação de Jovens e Adultos (01), Escola Municipal de Educação Infantil (12), Escolas Estaduais (04) e Escolas Particulares (02) (MARAU, 2018).

1.3. DESCRIÇÃO DO CAMPO PRÁTICO

O município de Marau possui um total de 12 Estratégia Saúde da Família (ESF), (sendo que três unidades apresentam duas equipes em cada local), apresentando cobertura de 100% da população e pertencendo a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) (FIGURA 2). A cidade possui dois hospitais de atenção de média complexidade: Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital São Lucas.

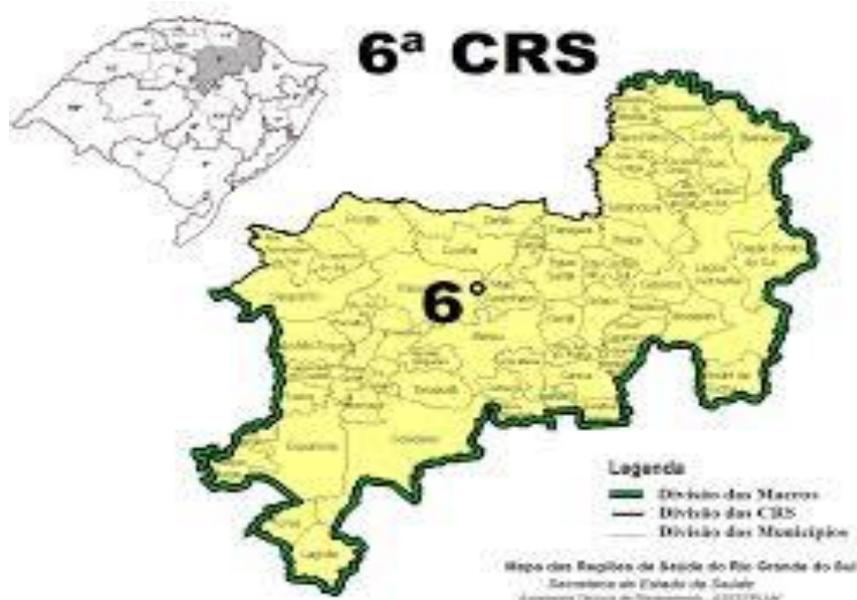


Figura 2- CRS (FONTE: Google imagens)

O território da ESF Santa Rita, onde ocorre o cenário prático da residência, era caracterizado antigamente por possuir diversos loteamentos, que inicialmente eram terrenos cultivados por agricultores e, devido à chegada na região da empresa Perdigão, atual Brasil Foods (BRF), as pessoas começaram a fazer loteamentos e novos moradores foram chegando. Ocorreu, portanto, no ano de 1975 a chegada das famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre. A comunidade numa primeira celebração religiosa, escolheu como padroeira Santa Rita de Cássia por ser uma santa milagrosa e por não ter nenhuma comunidade com o nome desta santa.

A ESF Santa Rita, localizada no bairro com o mesmo nome, funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 07:30 horas às 11:30 horas e das 13:00 horas às

17:00 horas. Na sexta-feira, ocorre a reunião de equipe das 07:30 horas às 09:30 horas, sendo que o atendimento aos usuários ocorre após esse horário (Figura 3).



Figura 3- ESF Santa Rita (FONTE: Google imagens)

Apresenta em sua estrutura sala de recepção, banheiro feminino e banheiro masculino, consultório odontológico, ambulatório, farmácia, almoxarifado, sala de vacinas, consultório psicológico, consultório médico (com banheiro), consultório de enfermagem, sala de reuniões e área restrita com sanitário para funcionários, copa, Depósito de Material de Limpeza (DML), esterilização e estoque de material e, expurgo. Cabe ressaltar que a ESF conta com a atuação de uma Equipe Multiprofissional composta por vinte profissionais, incluindo as residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo que estes encontram dificuldade no cotidiano do trabalho em virtude da indisponibilidade de espaço físico adequado para atendimento devido ao local ter sofrido adaptação, pois era o salão da comunidade que foi doado à prefeitura para ser uma unidade de saúde.

A equipe de saúde é composta por 1 enfermeira responsável técnica da unidade, 1 médica, 1 técnica de enfermagem, 5 Agentes Comunitários de Saúde, 1 dentista, 1 técnica de saúde bucal, 1 farmacêutica, 1 psicóloga, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 assistente administrativo. Compõem a equipe também 2 Psicólogas Residentes, 2 Enfermeiras Residentes e 1 Farmacêutica Residente. Com exceção da farmacêutica, psicóloga, dentista e técnica em saúde bucal, que atuam 20 horas semanais na ESF Santa Rita e as outras 20 horas em outras unidades, os demais profissionais tem carga horária de 40 horas nesta ESF.

Atualmente, essa ESF é dividida em 5 microáreas, a 19 (parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde), a 21 (parte do Bairro Santa Rita), a 22 (parte do Bairro Santa Rita), a 41 (Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus) e a 47 (parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira), apresentando aproximadamente 3.145 usuários cadastradas ou assistidas (Figura 4).

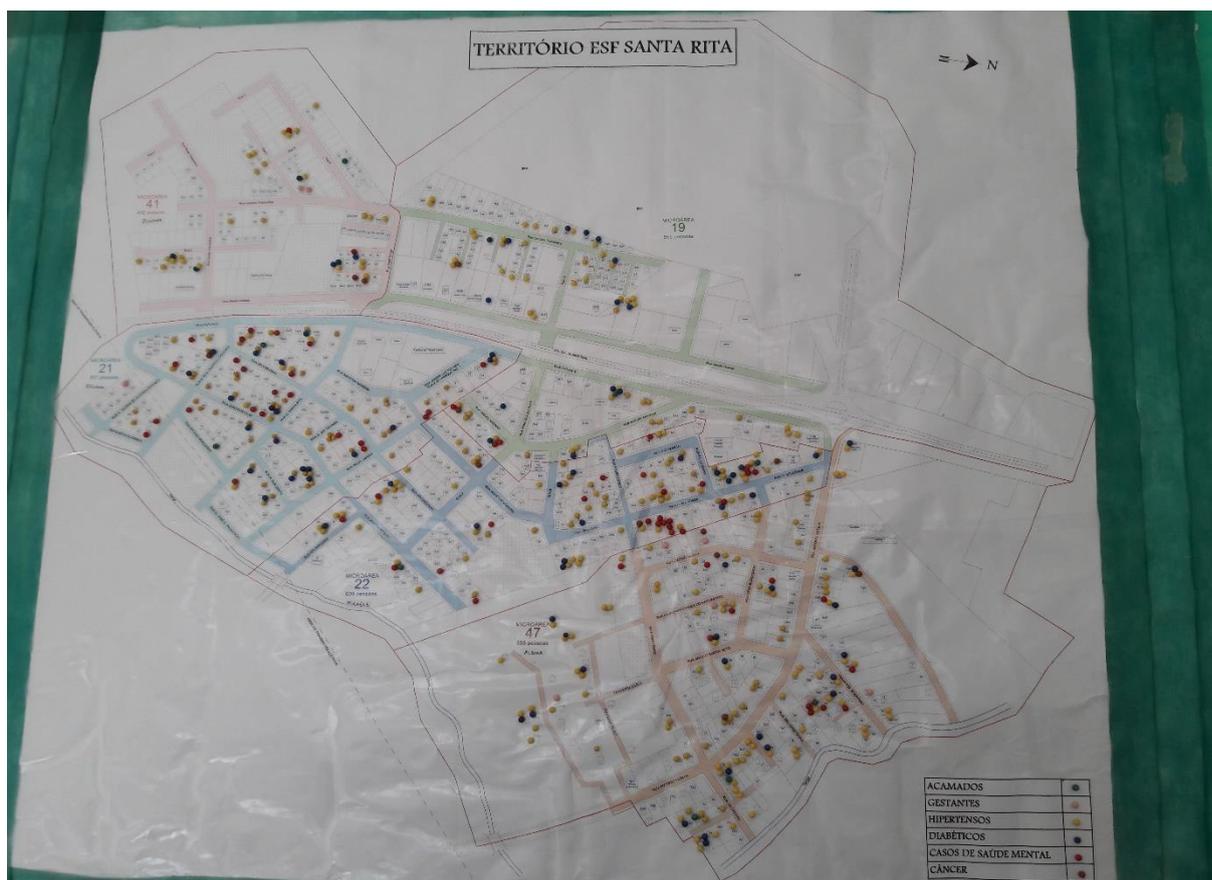


Figura 4- Território da ESF Santa Rita

O cadastramento desses usuários é efetuado através das Visitas Domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o preenchimento dos dados e repassados aos Sistemas de Informação. Esses profissionais de saúde, encontram algumas dificuldades em sua função, como o acesso aos domicílios, pois por várias vezes encontram as residências fechadas, o que influencia no número de usuários visitados e no vínculo entre a equipe de saúde e o indivíduo.

A demanda de atendimentos abrange principalmente crianças e idosos na procura do serviço, caracterizando assim o perfil da ESF.

Na ESF Santa Rita são realizados os seguintes serviços: Acolhimento; Acompanhamento da gestante (pré-natal); Acompanhamento da criança

(Puericultura); Acompanhamento ao idoso, mulher, homem, adolescente, entre outros; Dispensação de medicamentos básicos; Planejamento familiar/Orientações, Dispensação de preservativos e contraceptivos; Testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites virais B e C e gravidez; Tratamento de tabagistas; Atendimento e Visitas Domiciliares; Consulta, procedimentos e acompanhamento médico; Consulta, procedimentos e acompanhamento de Enfermagem; Procedimentos e acompanhamento odontológico; Agendamentos de consultas e exames especializados; Exame citopatológico de colo uterino; Grupos de educação em saúde e Conselho Local de Saúde; Imunização (vacinas); Procedimentos ambulatoriais: curativo, retirada de pontos, lavagem de ouvido, nebulização, aferição da pressão arterial, verificação da glicemia capilar, e outros.

A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além disso, realiza atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planeja e avalia ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe; realiza ações de Educação Permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, a enfermagem não está habilitada para prescrever medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). A técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com uma médica, vinculada a prefeitura através de concurso público, que realiza ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde. Também realiza e participa de atividades de educação permanente e educação em saúde e gerenciamento dos insumos.

As ACS trabalham com adscrição de famílias, cadastram os usuários de sua micro área, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integram a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde e

acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Além disso, as ACS realizam também ações de controle à dengue.

Por sua vez, a equipe de Saúde Bucal (SB) conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência e pequenas cirurgias ambulatoriais; realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde. Além da cirurgiã dentista, a equipe de SB conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza e coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades das ACS na prevenção e promoção da saúde, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

Na ESF não há serviços de radiografia odontológica e, portanto, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município. Pelo fato da jornada de trabalho da equipe de saúde bucal na Atenção Básica ser de apenas 20 horas semanais e, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal ficam prejudicados, pois há uma crescente demanda para atendimentos clínicos, limitando a atuação das profissionais.

Fazem parte da equipe uma psicóloga e uma farmacêutica, funções que não estão previstas pela Política Nacional da Atenção Básica, mas que o município de Marau implementou a partir das necessidades de sua população. A psicóloga, além de fazer a preceptoría das duas residentes, faz atendimentos individuais, em grupo, Visitas Domiciliares, participa da organização e execução das atividades nas Escolas e Educação Permanente para as ACS. A presença de um profissional da Psicologia se justifica pela considerável demanda por atendimento em saúde mental, colaborando com a equipe na construção dos projetos terapêuticos, acolhimentos de situações em crise, atendimentos a famílias e acompanhamento longitudinal de pessoas com transtornos graves.

As atividades executadas pela profissional Farmacêutica são: dispensação de medicamentos; orientação farmacêutica; discussão de prescrição com médica e

equipe; organização logística dos medicamentos; solicitação de medicamentos; conferência de solicitação; verificação de validades; atenção farmacêutica com orientação e produção de dispositivos que auxiliem na adesão ao tratamento; dispensação unitária ou semanal, conforme demanda da equipe e usuários, realização de Visita Domiciliar; atuação no Programa “Remédio em Casa”; Vigilância em Saúde; controle social; testes Rápidos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis e Hepatite B e C; ações de Educação Permanente da equipe e das ACS e; participação no acolhimento multiprofissional.

Os residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) atuam em conjunto com a equipe da ESF. As residentes atuam em uma jornada de 60 horas semanais, sendo 48 horas de atividades em campo de prática e 12 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. A ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS, supervisionados pela médica concursada.

A atuação de um agente administrativo como componente da equipe, colabora com a organização do serviço, das demandas diárias para atendimento (médico, enfermagem, psicologia e farmácia), organização das agendas das médicas e enfermeiras, liberação para exames, organização de planilhas referentes a exames, dentre outras funções.

A ESF conta também com o trabalho de uma profissional sanificadora contratada mediante terceirização, que faz a higienização das salas e sanitários, mantém o ambiente organizado para as atividades e, colabora na organização e preparo de algumas atividades tais como para os grupos, cursos e oficinas.

Nessa unidade ocorre na Farmácia a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e com base nas necessidades de saúde prioritárias do município. O município não possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo prejudicado o estabelecimento da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) o que acarreta a exclusão ou inclusão dos medicamentos, violando os princípios da farmacoeconomia. Com base nisso, foi realizada no mês de junho de 2018 uma reunião entre médicos e farmacêuticos para verificar a lista básica de medicamentos do município onde analisaram critérios de inclusão e exclusão dos medicamentos. Em relação aos insumos na unidade, os mesmos estão de acordo com

as necessidades e demandas do cotidiano, tanto para os procedimentos ambulatoriais como para as demais ações em saúde.

Na unidade estão disponíveis em sistema na rede dos computadores tabela de acompanhamentos para usuários onde são realizadas Visitas Domiciliares rotineiras e, cada profissional que realiza a visita no momento do retorno anota na mesma, além de outras tabelas de acompanhamentos disponíveis para todos os profissionais, auxiliando na Vigilância em Saúde.

São desenvolvidos grupos de promoção da saúde disponíveis para a participação da comunidade tais como o Grupo “HiperDia”, onde participam usuários hipertensos e diabéticos com frequência quinzenal nas quintas-feiras de manhã; “Grupo de Artesanato” que ocorre semanalmente nas quartas-feiras à tarde; “Grupo de Caminhada” que ocorre nas segundas e quintas-feiras das 16 às 17 horas no campo de futebol da comunidade; “Grupo de Cessaçã de Tabagismo” que ocorre conforme demanda dos usuários. No momento o Curso de Gestante está sendo programado atividades, e grupos a serem realizados na unidade no horário noturno e aos sábados, com a participação da equipe e das residentes.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

O bairro foi constituído principalmente a partir da instalação da Empresa denominada BRF, empregando muitos trabalhadores locais e regionais, que acabaram fixando residência no município, povoando o entorno da empresa. Vale ressaltar que um número expressivo de moradores no território, são funcionários dessa empresa e, além de várias pessoas do bairro se deslocarem para municípios vizinhos para trabalhar.

Essa unidade possui em sua área uma população estimada de 3.145 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias. Na microárea 21 são 219 moradias, com população de 657 pessoas; na microárea 47 são 286 moradias, com população de 858 pessoas; na microárea 22 são 203 moradias, com população de 609 pessoas; na microárea 41 são 154 moradias, com população de 462 pessoas; e na microárea 19 são 179 moradias, com população de 559 pessoas.

As atividades econômicas predominantes do território são de indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces), Metalúrgica (Sofinox) e de equipamentos para aviários,

laticínio, minimercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeireiras e tornearia.

A maioria das casas dos usuários são próprias, caracterizadas como de alvenaria e em bom estado de conservação. Há muitas construções e os loteamentos estão em expansão no momento. As moradias alugadas normalmente são porões ou encontram-se nos fundos dos terrenos. O abastecimento de água é feito pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Na maioria das casas há rede de esgoto, porém há algumas áreas com fossa séptica. A iluminação dos domicílios é fornecida pela empresa Rio Grande Energia (RGE), sendo que em algumas ruas a iluminação é precária. Existe a coleta do lixo orgânico três vezes por semana e mais um dia de coleta seletiva. Há poucas lixeiras e, em grande parte da área, encontra-se lixo espalhado nas ruas e no rio, por falta de conscientização dos moradores. Em vários domicílios tem-se a cultura de criar animais tais como galinha, cavalo e coelho. Também é comum encontrar animais de estimação como gatos e cachorros nas ruas.

Existem áreas verdes e um córrego que perpassa o território, um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física, onde ocorre o grupo de caminhada organizado pelas ACS com a população.

As ruas do bairro estão em boas condições, com exceção de algumas onde não há pavimentação e calçadas precárias, onde, por isso os pedestres transitam no meio da via. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos à população que precisa deslocar-se de um lado para o outro, pois apresenta um tráfego intenso tanto de carros e de caminhões devido ao transporte para a empresa BRF.

Observa-se que o cotidiano de vida das pessoas do território é frenético devido aos horários das empresas, especialmente às de grande porte, cujos horários são diferenciados de um funcionário para outro. Algumas pessoas trabalham de madrugada e outras durante o dia, dificultando muitas vezes o acesso da população à unidade de saúde. A empresa BRF oferece plano de saúde para seus funcionários e muitos fazem uso pois conseguem atendimento em horário flexível.

Os índices de uso de drogas e furtos vêm aumentando no território, preocupando os moradores e as autoridades. A polícia não consegue atender a todas as demandas, pois segundo informações estão em poucos profissionais. No limite do território da ESF Santa Rita com a ESF Central 2 localiza-se o Beco Sertão, conhecido

como ponto de venda de drogas, e que impõe para as duas ESFs a necessidade de estratégias de abordagem e intervenção próprias para a realidade local.

Na ESF é realizado o acompanhamento de vários desses usuários e de suas famílias, e observa-se a dificuldade da família para lidar com esse problema, pois em diversos casos ocorre agressões entre pais e filhos, roubos para financiar o vício, entre outros episódios de violência, onde a comunidade também sofre, pois estão cada dia mais amedrontados diante deste quadro. Enquanto equipe de saúde tem-se discutido em matriciamento e reuniões quais possibilidades de intervenção, pois no cotidiano verifica-se dificuldade na abordagem e no manejo dos casos.

A demanda para a ESF é, em geral, bem diversificada, tendo como população mais frequente crianças e idosos. Há, no território, uma quantidade expressiva de pacientes que necessitam de cuidados diários, vários da terceira idade, mas que estão à mercê dos cuidados dos filhos, os quais não se responsabilizam de forma adequada pelos cuidados de seus progenitores, deixando-os desamparados. A equipe tem acionado a rede da assistência social por diversas vezes e buscado outras possibilidades de intervenção nesses casos, sempre com o cuidado de não perder o vínculo com os familiares e com o paciente.

As doenças mais prevalentes na população adscrita são a hipertensão, diabetes, transtornos mentais e doenças relacionadas ao trabalho.

Com relação à saúde da mulher, uma dificuldade para o trabalho da equipe é a falta de responsabilização quanto ao autocuidado, com a marcação periódica de exames e retorno à unidade, bem como com a retirada de exames citopatológicos. Assim, a unidade entra em contato em caso de alguma alteração no exame para que a usuária venha retirar e passe por uma orientação. As usuárias cujos resultados apresentaram-se inalterados a equipe aguarda para que venham retirar os exames o que muitas vezes não acontece. Ocorre, em várias situações das usuárias realizarem novos exames e os anteriores ainda estão aguardando na unidade. Tais ações demandam tempo dos profissionais da equipe, sobrecarregando o cotidiano do trabalho dos mesmos.

1.5. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA PESQUISA-INTERVENÇÃO

Conhecer a realidade e as dificuldades dos usuários nesse território, permitiu identificar as necessidades de saúde e bem como as suas demandas, aonde o vínculo entre a equipe de saúde e o usuário constitui aspecto de grande relevância na resolutividade do serviço, sendo os ACS fundamentais na construção desse elo.

Com base nisso foram elencados pela equipe alguns problemas encontrados no território, como por exemplo: a Saúde Mental dos usuários e trabalhadores, alta procura por atendimento médico, doenças sexualmente transmissíveis, uso incorreto das medicações, corresponsabilização do usuário, desarticulação dos prontuários da ESF com o Pronto Atendimento, uso de drogas, estrutura física da unidade, tentativas de suicídio, uso de Benzodiazepínicos e Analgésicos e, dentre outros problemas.

No território, segundo informação obtida através dos ACS, também estão presentes as Pessoas com Deficiência (em torno de 50). Traçar o perfil dessas pessoas e realizar o Mapeamento tendo por base os dados levantados, é essencial para a continuidade do cuidado.

Portanto, como esses usuários não foram mencionados pelos profissionais, observou-se a invisibilidade das pessoas com deficiência em nosso meio, sendo que a comunidade e trabalhadores de saúde não possuem um olhar voltado para essa população. Justifica-se assim a escolha da minha proposta pesquisa-intervenção com o intuito de amenizar essa situação em que se encontram quanto ao acesso aos serviços de saúde, as políticas públicas e outros meios na sociedade. Durante a trajetória acadêmica trabalhei com esses usuários, onde a construção de um estudo evidenciou a invisibilidade dos mesmos, em conjunto com a escassez de produções contemplando essa temática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde);

CECCIN, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área de Saúde**: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- 2018**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>>. Acesso em: 23 Julho 2019.

MARAU. **Prefeitura Municipal de Marau- RS**. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/html>>. Acesso em: 15 Maio 2019;

MENEZES, A. S.; DALLEGRAVE, D. **Descentralização da Formação pelo Trabalho**: narrativas de uma residente na construção de itinerários pedagógicos fora dos grandes centros urbanos. Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), 2014.

2. CAPÍTULO II: PROJETO PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1. INTRODUÇÃO

Atualmente, em torno de 24% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, o que corresponde a 45,6 milhões de pessoas no país segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2019). Em relação aos dados mundiais, essa população chega a um bilhão de pessoas e, dentre elas 93 milhões são crianças. As deficiências podem ter causas hereditárias ou congênitas, que influenciam na vida dessas pessoas, principalmente no que se refere à qualidade de vida.

Segundo a Lei nº 13.146/2015 que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), os indivíduos se caracterizam como:

Art.2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2015, pág. 09).

Os usuários possuem direitos específicos, sendo garantidos pela legislação brasileira, mas em decorrência das condições tanto físicas ou intelectuais, acabam limitando o acesso aos direitos e a participação em meio à sociedade, não se aproximando dos recursos disponíveis e as capacidades quando comparados aos demais indivíduos de uma sociedade (TONINI, 2017).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilita assistência para a população e possui como intuito a superação de um modelo de assistência à saúde marcada pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas. Essa atenção estaria centrada na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos usuários, sendo que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte da equipe de saúde, desenvolvendo ações que buscam a integração entre o serviço e a população, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e

coletivas nos domicílios e na comunidade, dentre outras atribuições (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Vale ressaltar que vários estudos mencionam sobre o cotidiano de vida das pessoas, dentre eles Ferro (2012) que aborda principalmente, o trabalho, família, lazer e saúde, apresentando valores distintos para cada indivíduo. Sendo assim, vários instrumentos foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a qualidade de vida, abordando aspectos tanto físicos, psicológicos, religiosos, ambientais e sociais, que será abordado no decorrer do projeto (FERRO, 2012).

2.1.1. Justificativa

Este projeto foi desenvolvido com a finalidade de realizar o Trabalho de Conclusão da Residência pela Universidade Federal da Fronteira Sul- Campus de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título em Especialista na Atenção Básica.

Através da inserção em campo prático, pode-se observar os diferentes usuários que possuem acesso aos serviços de saúde e dentre eles estão as pessoas com deficiência. Conhecer as dificuldades e realidades dos usuários no território, permite identificar as necessidades de saúde bem como as suas demandas, onde o vínculo entre a equipe de saúde e o usuário constitui aspecto de grande relevância na resolutividade do serviço, sendo os ACS fundamentais na construção desse elo.

A partir disso, segundo o levantamento de informações obtidas através dos ACS, estão presentes em torno de 50 pessoas com deficiência no território. Traçar o perfil sociodemográfico dessas pessoas e avaliar a qualidade de vida tendo por base os dados levantados, é essencial para a continuidade do cuidado e melhorias.

Portanto, esses usuários muitas vezes apresentam dificuldades em relação ao cotidiano de acordo com cada tipo de deficiência, influenciando na qualidade de vida. Justifica-se assim a escolha da minha proposta pesquisa-intervenção com o intuito de amenizar essa situação em que se encontram quanto ao acesso aos serviços de saúde, as políticas públicas e outros meios na sociedade. O interesse pela temática da pessoa com deficiência, ocorreu devido trabalhar durante a trajetória acadêmica com pesquisa abrangendo essa população, observar à escassez de produções e pelas experiências em campos práticos.

2.1.2. Tema

Conhecer o perfil sociodemográfico e avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência no campo de estudo.

2.1.3. Problema

“Qual o perfil sociodemográfico e como está a qualidade de vida das pessoas com deficiência na ESF Santa Rita?”.

2.1.4. Objetivos

2.1.4.1. Objetivo geral

Conhecer o perfil sociodemográfico e avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência em uma ESF.

2.1.4.2. Objetivos específicos

- I. Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para identificar essa população;
- II. Realizar o mapeamento dos usuários portadores de deficiência na ESF;
- III. Descrever o perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência;
- IV. Avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

2.1.4.3. Hipóteses

As pessoas entrevistadas apresentam apenas um tipo de deficiência, são em sua maioria adultos jovens, não havendo diferença entre os sexos, com ensino primário completo e aposentados.

As pessoas com deficiência apresentam uma qualidade de vida inferior à média estimada, quando comparados aos demais indivíduos.

2.2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O eixo temático a seguir aborda a descrição sobre a pessoa com deficiência, relacionada ao campo da saúde com ênfase nas políticas públicas existentes para essa população.

2.2.1. A pessoa com deficiência e o campo da saúde

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2019), cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresenta algum tipo de deficiência, sendo que aproximadamente 93 milhões são crianças. Essa população no país é de 45,6 milhões de pessoas, que representam em torno de 24% da população brasileira (UNESCO, 2019). As deficiências influenciam diretamente no cotidiano desses indivíduos, refletindo na qualidade de vida.

O Ministério da Saúde (2010) menciona como principais causas das deficiências as hereditárias ou congênitas, que aparecem por questões genéticas ainda no feto. Essas causas podem ser evitadas em parte, com exames pré-natais específicos (cariótipo e para outros erros inatos do metabolismo como fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertireoidismo congênito) e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais. Já as outras causas de deficiência, são as decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto, que são evitáveis por meio do investimento e melhoria da qualidade do pré-natal (consultas e exames laboratoriais), parto (natural, de risco, cesarianas) e pós-parto.

O Artigo 4º do Decreto 3298, em 20 de dezembro de 1999 sofreu alteração pelo Artigo 70 do Decreto 5.296, em 2 de dezembro de 2004, que define cada tipo de deficiência conforme mencionado a seguir:

Art. 4º:

I – Deficiência física – 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, tri paresia, 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.

II – Deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz.

III – Deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

IV – Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

a) comunicação;

- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho.

V – Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2006, pág. 362).

A deficiência não é observada como um problema de ordem individual, mas como uma questão considerada social, transferindo a responsabilidade através de desvantagens das limitações físicas de um indivíduo para a incapacidade da sociedade de adaptar-se a essas necessidades (TONINI, 2017).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), com o intuito de possibilitar às pessoas com deficiência a viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, conforme o que é exposto no Art. 55, deve ser assegurado às pessoas com deficiência, promovendo a concepção e a implantação de projetos que tratem do meio físico, de transporte, de informação e comunicação, inclusive de sistemas e tecnologias da informação e comunicação, e de outros serviços, equipamentos e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referência as normas de acessibilidade.

A Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência, que se refere à Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, está direcionada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais diretrizes dessa Política são: a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

Com base na avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades, e potencialidades de cada cidadão, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015) abrange como diretrizes respectivamente: diagnóstico e intervenção precoces; adoção de medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões; atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da pessoa com deficiência; oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência;

prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Brasil (2011), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de desenvolver uma atenção integral que acarrete no impacto da situação de saúde e autonomia das pessoas e, nos determinantes e condicionantes de saúde da população.

A Atenção Básica tem grande importância no progresso dessa política, juntamente com a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde que, trabalhando com áreas territorializadas de abrangência, capilarizam o cuidado à saúde e ao adoecimento, aproximando os serviços das comunidades, famílias e indivíduos. Com esse intuito Brasil (2010) propôs a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria MS/GM nº 154, de 24/1/08), que compreende uma equipe multiprofissional, sendo que os processos de trabalho devem se direcionar, ao reconhecer seus territórios de responsabilidade sanitária, um olhar especialmente voltado à saúde da pessoa com deficiência, na comoção, bem como o acompanhamento dos processos de adaptação aos equipamentos.

Com relação à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência, a mesma promove cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, e busca desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta (BRASIL, 2013).

Em um estudo elaborado por Othero e Ayres (2012), mencionou a necessidade de propostas e também de ações intersetoriais, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde e de reabilitação, oportunidades de emprego, estudo, lazer, convivência, e circulação social.

2.2.2. A pessoa com deficiência em relação a qualidade de vida

O cotidiano de vida das pessoas que abrangem principalmente, trabalho, família, lazer e saúde, apresentam valores distintos para cada indivíduo. Portanto, instrumentos foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a

qualidade de vida, abordando aspectos físicos, psicológicos, religiosos, ambientais e sociais (FERRO, 2012).

Diferentes autores descrevem o conceito de qualidade de vida e, segundo BRASIL (2012) é abordada como:

Grau de satisfação das necessidades da vida humana – como alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos materiais – que tem como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (BRASIL, 2012, pág. 29).

Dentre os instrumentos que podem ser utilizados para avaliar a qualidade de vida, foi escolhido o WHOQOL-DIS elaborado pela Organização Mundial da Saúde com ênfase a pessoa com deficiência. Existem outros instrumentos como Whoqol-old e Whoqol-bref, sendo utilizado de acordo com a população a ser estudada (CANTORANI, PILATTI, GUTIERREZ, 2015).

Esse método, apresenta em sua estrutura 13 facetas: uma que avalia de modo geral, o impacto da deficiência na qualidade de vida da população, e outras 12 subdivididas em três domínios, dentre os quais a discriminação, autonomia e inclusão. A avaliação do instrumento ocorre através dos domínios e facetas conforme a tabela a seguir:

Domínios	N	Facetas
Geral	1.	Impacto da deficiência
Domínio I – Discriminação	2.	Discriminação
	3.	Proteção
	4.	Perspectivas futuras
Domínio II – Autonomia	5.	Controle de sua vida
	6.	Poder de decisão
	7.	Autonomia
Domínio III – Inclusão	8.	Capacidade de comunicação
	9.	Aceitação social
	10.	Respeito
	11.	Interação social
	12.	Inclusão social
	13.	Capacidade pessoal

Fonte: CANTORANI, *et al.*, 2015, p. 407- 426.

Com base no contexto da Atenção Básica e na melhoria da qualidade de vida, desde o ano de 1994, as equipes da ESF são compostas minimamente, por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e equipe de saúde bucal, sendo que os outros profissionais podem ser incorporados de acordo com as necessidades do território (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Portanto, em relação à questão do cuidado na perspectiva dos ACS referentes às pessoas com deficiência, esses profissionais devem conhecer a realidade desses usuários, envolver a equipe de saúde e também a comunidade na busca de recursos e estratégias que possibilitem superar situações como, por exemplo, a dificuldade no convívio familiar, na participação da comunidade, na inclusão da escola, no mercado de trabalho e no acesso aos serviços de saúde, repercutindo na mudança da qualidade de vida e no aumento de oportunidades para essas pessoas na sociedade (BRASIL, 2009).

2.3. METODOLOGIA

2.3.1. Caracterização do estudo

Estudo observacional, transversal, descritivo, desenvolvido por meio de abordagem quantitativa.

2.3.2. Campo de estudo

O estudo será desenvolvido na ESF Santa Rita pertencente ao município de Marau, que está localizado ao Norte do Estado do Rio Grande do Sul (MARAU, 2018).

A ESF possui em sua área uma população estimada de 3.145 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias e dividida em 5 microáreas. A microárea 21 possui 219 moradias, com população de 657 pessoas; a microárea 47 abrange 286 moradias, com população de 858 pessoas; a microárea 22 é composta por 203 moradias, com população de 609 pessoas; a microárea 41 compreende 154 moradias, com população de 462 pessoas; e na microárea 19 há 179 moradias, com população de 559 pessoas.

2.3.3. Participantes da pesquisa

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com deficiências pertencentes ao território da ESF/Santa Rita com número aproximado de 50 pessoas. A partir da capacitação dos ACS, será utilizado como critério de inclusão pessoas com deficiência física, visual, mental e com idade acima de 18 anos, conforme descrito a seguir:

I – Deficiência física – 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.

II – Deficiência auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz.

III – Deficiência visual – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual

em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

IV – Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho (BRASIL, 2006, pág. 362).

Como critérios de exclusão, pessoas com déficit cognitivo e auditivo, que impossibilitem a realização da coleta de dados devido a interpretação dos questionários.

2.3.4. Coleta de dados

A coleta de dados ocorrerá após a aprovação do protocolo pelo CEP-UFFS.

Inicialmente, os Agentes Comunitários de Saúde serão capacitados no sentido de auxiliar na identificação dos sujeitos da pesquisa para posterior realização das entrevistas. A capacitação vai ocorrer através de um encontro com os profissionais com duração estimada de 2 horas, sobre os tipos de deficiências com base nas referências descritas no estudo.

A partir disso, será entrado em contato telefônico com os pacientes onde serão agendadas as entrevistas que consistem em aplicação de dois questionários, estas não serão gravadas. Estas serão realizadas pela equipe de pesquisa, no domicílio do participante, onde será lido o TCLE e após aceite do participante será aplicado um questionário semi-estruturado, que avaliará o perfil sociodemográfico com duração de aproximadamente 5 minutos (APÊNDICE A). A segunda etapa compreende a aplicação de uma escala para avaliação da qualidade de vida denominada Whoqol-Dis, com duração estimada de 25 minutos (ANEXO A).

Devido ao contexto atual da Pandemia de Coronavírus, o estudo pode sofrer alterações quanto a coleta de dados, que será realizado por meio de contato telefônico e não em domicílio. Essas entrevistas serão realizadas pelo pesquisador, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido por consentimento verbal do entrevistado no momento da ligação telefônica. Vão ser lidos os questionários e as respostas serão registradas diretamente em documento impresso.

2.3.5. Análise dos dados

Após os dados coletados, os mesmos serão transcritos em um formulário, para posterior digitação em banco de dados e análise estatística, sendo que o nome dos pacientes será codificado numericamente para manter o seu anonimato. Os dados obtidos no questionário serão digitados duplamente em banco de dados a ser criado no EpiData (distribuição livre), visando identificar erros e inconsistências e, o banco final será exportado para programa estatístico (PSPP, distribuição livre). A análise estatística consiste na verificação dos níveis de qualidade de vida em pessoas com deficiência e o perfil sociodemográfico. Os dados serão avaliados estatisticamente através da análise de distribuição de frequências, e cálculo da prevalência das variáveis dependentes (nível de qualidade de vida a ser aferido através da escala Whoqol-Dis).

O WHOQOL-DIS é composto por 44 perguntas, sendo atribuídas de três domínios: “Discriminação”, “Autonomia” e, “Inclusão”.

A análise das facetas vai ocorrer o resultado em média por domínio e por faceta. De modo a se estudar a associação das variáveis dependentes que abrangem os dados sociodemográficos (sexo, idade, tipo de deficiência, escolaridade, formação, profissão/ocupação) com as independentes será empregado o Teste de Qui-quadrado, considerando-se o nível de significância estatística de 5%.

2.3.6. Aspectos éticos

O estudo segue a legislação que aborda a pesquisa com seres humanos expressa por meio da Resolução nº. 466, elaborada em 12 de dezembro no ano de 2012 pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O presente projeto passará pela avaliação do Termo de Ciência e Concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Marau (Apêndice B) e, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul e somente terá início após sua aprovação.

As entrevistas serão realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) por todos os participantes do estudo, sendo transcritas e mantendo-se a guarda dos textos por cinco anos em local seguro, onde somente a equipe de pesquisa terá acesso e após totalmente destruídas.

Esse Termo de Consentimento será redigido em duas vias conforme as normas expressas na resolução, permanecendo uma delas com o sujeito da pesquisa que lhe garantirá: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si, a privacidade, o anonimato, o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos.

Vale ressaltar, se caso a pandemia de Coronavírus persistir e a coleta de dados ser realizada por telefone e não em domicílio, conforme orientações do Comitê de Ética em pesquisa, o TCLE será obtido por consentimento verbal do entrevistado no momento da ligação telefônica.

Como a equipe aplicará questionários na população pesquisada, existe o risco de o entrevistado sofrer perguntas invasivas com o risco emocional de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida, e será oferecida a possibilidade de atendimento com profissional da área de psicologia da unidade, quando houver, ou com profissional médico(a). Existe ainda, o risco de vazamento de informações referentes aos questionários que poderia causar constrangimento ao participante. De maneira a minimizar este risco, os questionários serão identificados por números e não pelo nome do entrevistado, serão numerados aleatoriamente, sem lógica que permita a identificação dos participantes. No entanto, caso este risco previsto se concretize o estudo será interrompido.

Os benefícios que esperamos com o estudo é contribuir para a qualificação do cuidado as pessoas com deficiência, através da apresentação dos resultados para a equipe de saúde, buscando, portanto, a melhoria dos serviços e ações de saúde ofertados a essa população.

2.3.7. Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e seminários relacionados ao tema assim como em momento específico para os participantes da pesquisa, para o local da pesquisa – ESF Santa Rita e secretaria de Saúde do

2.3.9. Orçamento

Vale ressaltar que o estudo será custeado pelos pesquisadores responsáveis.

<u>Material</u>		
Descrição	Quantidade	Valor (R\$)
Folhas A4	500	20,00
Encadernação em espiral	3	10,00
Revisão de Português	1	200,00
Total		230,00

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

REFERÊNCIAS

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M.; **Agente Comunitário de Saúde: desafios do trabalho na zona rural**. Ambiente e Sociedade, São Paulo, v. XVII, n. 2, abr.-jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. rev. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 346 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Legislação da Saúde**. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Gabinete do Ministro, Brasília, 2011.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Decreto-lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sua integração social. **Legislação brasileira sobre pessoas com deficiência**, Brasília, ed. 7, n. 76, p. 410, 2013.

CANTORANI, J. R. H.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. **Análise das versões do instrumento Whoqol-Dis frente aos aspectos que motivaram sua criação: participação e autonomia.** Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v. 21, n. 4, p. 407- 426, Out.- Dez., 2015.

ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Lei nº 13.146/2015.** Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. 65 p.

FERRO, F. F. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura.** 2012. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família- Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.

MARAU. **Prefeitura Municipal de Marau- RS.** Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/html>>. Acesso em: 15 set. 2019.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M.; **Necessidades de saúde da pessoa com deficiência:** a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, v. 16., n. 40, p. 219- 33, jan./mar. 2012.

UNESCO. **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.** Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/pt/brasil/education/inclusive-education/persons-with-disabilities/>>. Acesso em: 14 setembro 2019.

TONINI, H. **Direitos e liberdades das pessoas com deficiência em áreas rurais do Rio Grande do Sul**: Vulnerabilidades e desenvolvimento social ampliado. 2017. Universidade Federal de Educação do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

APÊNDICES

Apêndice A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

“Pessoas com deficiência”

EIXO 1: Dados Sociodemográficos

Nome: _____	Número do formulário: _ _ _
Sexo:	(1) Feminino (2) Masculino
Idade:	_ _ _ anos
Tipo de deficiência:	(1) Física (2) Visual (3) Mental (4) Auditiva
Escolaridade:	(1) Não estudou (2) Ensino Primário Completo (3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Completo
Formação:	
Profissão/Ocupação:	

Apêndice B

TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau- RS, envolvido no projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, EM UMA ESTRAGÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Ademais essa autorização permite o acesso aos dados do sistema de informação G-MUS, conforme consta no projeto original.

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau/RS

Douglas Kurtz

Secretário Municipal de Saúde de Marau

Daiane Zeni

Enfermeira Residente – Pesquisador responsável

Marau, 31 de Outubro de 2019.

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do estudo: Perfil sociodemográfico e avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiência em uma Estratégia Saúde da Família.

Pesquisadores responsáveis: Maríndia Biffi (orientadora); Leila Juliana Antunes Rigo (co-orientadora) e Daiane Zeni (Enfermeira Residente).

Instituição/Departamento: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica, Área Temática: Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica/Saúde Coletiva. Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, Campus de Passo Fundo.

Telefone e endereço postal completo: (54) 3335 8500. Rua Capitão Araújo, nº 20, Bairro Centro. Passo Fundo-RS. CEP 99010-121. Departamento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Passo Fundo.

Local da coleta de dados: Marau.

Eu Daiane Zeni, responsável pela pesquisa: Perfil sociodemográfico e avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiência em uma Estratégia Saúde da Família, o convidamos a participar como voluntário (a) deste estudo.

Esta pesquisa pretende analisar o perfil sociodemográfico e a avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiência em uma Estratégia Saúde da Família.

Acreditamos que o estudo seja importante porque a pessoa com deficiência, por vezes, torna-se “invisível” no campo da saúde, uma vez que suas particularidades não estão colocadas como demandas de ações públicas. Além disso, há poucos estudos centrados na produção do cuidado à saúde, em particular, com abordagens que considerem as pessoas com deficiência, no sentido de construir estratégias para a efetivação e qualificação das políticas públicas de saúde, mediadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

Sua participação constará de aceitar em participar desta pesquisa e responder a dois questionários, o primeiro sobre o perfil sociodemográfico e o segundo sobre a qualidade de vida, com duração aproximada de 30 minutos.

O presente estudo envolve risco inerentes a qualquer projeto de pesquisa, como o risco de o entrevistado sofrer perguntas invasivas com o risco emocional de constrangimento. Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista. No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida, e será oferecida a possibilidade de atendimento com profissional da área de psicologia da unidade, quando houver, ou com profissional médico(a). Existe ainda, o risco de vazamento de informações referentes aos questionários que poderia causar constrangimento ao participante. De maneira a minimizar este risco, os questionários serão identificados por números e não pelo nome do entrevistado, serão numerados aleatoriamente, sem lógica que permita a identificação dos participantes. No entanto, caso este risco previsto se concretize o estudo será interrompido.

Os benefícios que esperamos com o estudo são em contribuir para dar continuidade ao cuidado às pessoas com deficiência, buscando a melhoria dos serviços e ações de saúde ofertados a essa população.

A devolutiva dos resultados será para a equipe de saúde onde ocorreu a coleta de dados, durante a reunião de equipe. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e seminários relacionados ao tema assim como em momento específico para os participantes da pesquisa, para o local da pesquisa– ESF Santa Rita e Secretaria de Saúde do Município de Marau. Também se elaborará artigo científico que será submetido a revista da área.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Estas informações serão transcritas e mantidos a guarda dos textos por cinco anos pelo pesquisador, em local seguro, onde somente a equipe de pesquisa terá acesso e após totalmente destruídas.

Vale ressaltar que a sua participação na pesquisa não implicará em gasto. Fica, também, garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Caso tenha qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar, Área Rural, Chapecó, SC, Telefone: (49)2049-3745, CEP: 89.815-899, E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

_____, ____ de _____ de 2020.

ANEXOS

Anexo A

WHOQOL-DIS**WHOQOL-BREF-ID
E MÓDULO INCAPACIDADES**

Uma Medida da Qualidade de Vida de Pessoas com Incapacidade

Versão do Teste de Campo

Preparada pelo Grupo DIS-QOL

Janeiro de 2008

INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida. É apenas sobre você – você e a sua vida.

Por favor, tenha em mente **o que é importante para você**, o que faz você feliz, seus sonhos e esperanças e suas preocupações ou aflições.

Por favor, responda a todas as questões. Se você estiver em dúvida sobre a resposta que deve dar a uma questão (ou seja, se for difícil escolher uma resposta), **por favor, escolha a alternativa** que lhe parecer mais próxima ou mais apropriada. Essa resposta frequentemente será aquela que primeiro vier à sua mente. Algumas questões incluem um exemplo para ajudar você a pensar sobre sua resposta.

Não existe resposta certa ou errada – apenas responda o que é verdadeiro para você. Por favor, pense em sua vida **nas últimas duas semanas**.

Por exemplo, pensando sobre as últimas duas semanas, uma questão possível seria:

<i>EXEMPLO</i>			
	Nada	Médio	Totalmente
Você recebe dos outros o tipo de apoio de que precisa? <i>Por exemplo, você recebe o tipo de ajuda de que necessita de outras pessoas?</i>	1	2	3

Neste item, a questão tem um exemplo. Você deverá circular o número que melhor corresponde à sua opinião sobre o tipo de apoio (ou ajuda) que você recebeu de outras pessoas nas últimas duas semanas. Assim, você circularia o número 2 se o apoio (ou ajuda) que você tivesse recebido atendesse às suas necessidades moderadamente (médio), como está a seguir:

<i>EXEMPLO</i>			
	Nada	Médio	Totalmente
Você recebe dos outros o tipo de apoio de que precisa? <i>Por exemplo, você recebe o tipo de ajuda de que necessita de outras pessoas?</i>	1	(2)	3

Por outro lado, você circularia o número 1 se o apoio (ou ajuda) que você tivesse recebido nas últimas duas semanas não atendesse de maneira alguma às suas necessidades.

Por favor, leia cada questão, pense sobre seus sentimentos e circule o número que representa a melhor resposta para você em cada questão.

É possível que você ache útil olhar para as “carinhas” (*smile*), utilizando-as como um guia visual para as escalas numeradas. Elas também estão disponíveis em cartões independentes.

Se você desejar algum auxílio para escrever as respostas no formulário, peça para alguém fazer isso por você.

Por favor, pense sobre a sua vida **nas duas últimas semanas**.

As primeiras duas questões perguntam sobre sua vida e sua saúde de uma forma geral.

						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
1G	Você está satisfeito(a) com sua vida?	1	2	3	4	5
2G	Você está satisfeito(a) com sua saúde?	1	2	3	4	5

As próximas questões perguntam a respeito de como você se sentiu sobre algumas coisas, se foi capaz de fazer certas coisas, ou se ficou satisfeito(a) com vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

				
		Nada	Médio	Totalmente
3	A dor (física) impede você de fazer algo de que precisa?	1	2	3
4	Você precisa de algum tipo de tratamento médico no seu dia-a-dia? <i>Por exemplo, remédios.</i>	1	2	3

				
		Nada	Médio	Totalmente
5	Você aproveita a vida?	1	2	3
6	Você sente que a sua vida tem sentido? <i>Por exemplo, você sente que a sua vida é importante e que tem um propósito?</i>	1	2	3
7	Você é capaz de pensar com clareza? <i>Por exemplo, você consegue prestar atenção e pensar com cuidado sobre as coisas?</i>	1	2	3
8	Você se sente em segurança no seu dia-a-dia? <i>Por exemplo, em casa e nos locais a que você vai durante o dia.</i>	1	2	3
9	Você sente que o local (região) onde você mora é saudável? <i>Por exemplo, pensando sobre o barulho, o tráfego, a poluição, o clima.</i>	1	2	3
10	Você tem energia suficiente para sua vida diária? <i>Por exemplo, você consegue fazer coisas durante o dia sem se sentir cansado(a)?</i>	1	2	3
11	Você aceita sua aparência física?	1	2	3

12	Você tem dinheiro suficiente para as coisas de que precisa?	1	2	3
----	---	---	---	---

				
		Nada	Médio	Totalmente
13	Você consegue receber as informações de que você precisa no seu dia-a-dia? <i>Por exemplo, é fácil descobrir as coisas de que você precisa saber na sua vida diária?</i>	1	2	3
14	Você tem oportunidade de ter atividades de lazer? Por exemplo, você tem a chance de fazer coisas de que você gosta no seu tempo livre?	1	2	3
15	Você consegue se locomover (deslocar) bem dentro e fora de casa?	1	2	3
16	Você está satisfeito(a) com seu sono?	1	2	3
17	Você está satisfeito(a) com sua capacidade para realizar atividades do dia-a-dia? <i>Por exemplo, cuidar de si mesmo(a), lavar-se, vestir-se, comer.</i>	1	2	3
18	Você está satisfeito(a) com sua capacidade para trabalhar? <i>Por exemplo, para fazer seu trabalho, ou para desempenhar suas atividades do dia-a-dia?</i>	1	2	3
19	Você está satisfeito(a) com você mesmo(a) como pessoa? <i>Por exemplo, com o tipo de pessoa que você é, com o que você faz, com o modo como gasta seu tempo, com suas amizades, com suas realizações.</i>	1	2	3
20	Você está satisfeito(a) com suas relações pessoais? <i>Por exemplo, com a forma como você se relaciona com as pessoas, com seus(suas) amigos(as), com sua família, com as pessoas com quem você mora.</i>	1	2	3
21	Você está satisfeito(a) com sua vida sexual ou com seu relacionamento com seu(sua) parceiro(a)? <i>Por exemplo, seu marido/sua esposa, namorado(a).</i>	1	2	3
22	Você está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus(suas) amigos(as)?	1	2	3
23	Você está satisfeito(a) com a sua casa? <i>Por exemplo, pensando sobre o seu lar e o local onde você mora.</i>	1	2	3
24	Você está satisfeito(a) com seu acesso a serviços de saúde? <i>Por exemplo, é fácil consultar com médicos, enfermeiros ou com outros profissionais que atendem você quando você não está bem?</i>	1	2	3

25	Você está satisfeito(a) com o transporte que você pode utilizar? <i>Por exemplo, com o modo como você chega aos lugares para onde vai (ex: de ônibus, carro, táxi, etc.)</i>	1	2	3
----	---	---	---	---

				
		Nada	Médio	Totalmente
26	Você se sente muito infeliz, triste, preocupado(a) ou deprimido(a)?	1	2	3

MÓDULO INCAPACIDADES

A próxima questão pergunta sobre sua incapacidade (deficiência/limitação) de um modo geral.

						
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
27G	Sua incapacidade (deficiência/limitação) tem um efeito negativo (ruim) em sua vida diária?	1	2	3	4	5

As próximas questões perguntam a respeito de como você se sentiu sobre certas coisas, o quanto elas se aplicaram a você e se você esteve satisfeito(a) com vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

				
		Nada	Médio	Totalmente
28	Você sente que algumas pessoas tratam você de forma injusta?	1	2	3
29	Você precisa de que alguém "tome seu partido" quando tem problemas?	1	2	3
30	Você se preocupa com o que poderia acontecer com você no futuro? <i>Por exemplo, pensando sobre não ser capaz de cuidar de si mesmo(a) ou sobre ser um peso para outros no futuro.</i>	1	2	3

				
		Nada	Médio	Totalmente
31	Você se sente no controle da sua vida? <i>Por exemplo, você se sente comandando a sua vida?</i>	1	2	3
32	Você faz suas próprias escolhas sobre sua vida no dia-a-dia? <i>Por exemplo, sobre aonde ir, o que fazer, o que comer.</i>	1	2	3

33	Você toma as grandes decisões na sua vida? <i>Por exemplo, decidir onde morar, ou com quem morar, como gastar seu dinheiro.</i>	1	2	3
34	Você está satisfeito(a) com sua habilidade para se comunicar com outras pessoas? <i>Por exemplo, como você diz as coisas ou defende seu ponto de vista, o modo como você entende as outras pessoas, através de palavras ou sinais.</i>	1	2	3
35	Você sente que as outras pessoas aceitam você?	1	2	3
36	Você sente que as outras pessoas respeitam você? <i>Por exemplo, você sente que os outros valorizam você como pessoa e que ouvem o que você tem para dizer?</i>	1	2	3

				
		Nada	Médio	Totalmente
37	Você está satisfeito(a) com suas chances de se envolver em atividades sociais? <i>Por exemplo, de encontrar amigos, de sair para comer fora, de ir a uma festa, etc.</i>	1	2	3
38	Você está satisfeito(a) com suas chances para se envolver nas atividades de sua comunidade (locais)? <i>Por exemplo, participar do que está acontecendo em sua localidade ou vizinhança.</i>	1	2	3
39	Você sente que seus sonhos, expectativas e desejos irão se realizar? Por exemplo, você sente que terá a chance de fazer as coisas que deseja ou de obter as coisas que deseja em sua vida?	1	2	3

				
		Nada	Médio	Totalmente
40	Você está satisfeito(a) com as oportunidades que você tem para trabalhar? <i>Por exemplo, com as ofertas de trabalho que recebe.</i>	1	2	3
41	Você está satisfeito(a) com as adaptações de seu ambiente à sua limitação? <i>Por exemplo, rampas de acesso, banheiros adaptados, elevadores, no caso de dificuldade de movimentação; Sinalizações nas ruas, no caso de deficiência visual; Intérpretes de LIBRAS, no caso de deficiência auditiva.</i>	1	2	3
42	Você está satisfeito(a) com as oportunidades que você tem de estudar? Por exemplo, se você quiser que uma escola ou universidade o aceite como aluno.	1	2	3

43	Você está satisfeito(a) com a sua alimentação? <i>Por exemplo, com a qualidade e com a quantidade de comida que você come.</i>	1	2	3
----	---	---	---	---

				
		Nada	Médio	Totalmente
44	As barreiras físicas no seu ambiente afetam sua vida diária? <i>Por exemplo, degraus, escadas e descidas, no caso de dificuldade de movimentação; Buracos nas ruas, no caso de deficiência visual; Falta de pessoas que falem LIBRAS, no caso de deficiência auditiva.</i>	1	2	3

Você tem algum comentário sobre este questionário?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBRIGADO POR SUA AJUDA

3. CAPÍTULO III: RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

3.1. INTRODUÇÃO

Atualmente, muitas políticas públicas existem para as pessoas com deficiência, mas estas continuam invisíveis diante da sociedade, principalmente no que se refere aos serviços de saúde. O objetivo do Trabalho de Conclusão da Residência consiste em conhecer o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, em uma Estratégia Saúde da Família.

Com isso, o presente Relatório de Trabalho de Campo possui o intuito de descrever as potencialidades e desafios durante todas as etapas da pesquisa. A data de início da coleta de dados ocorreu no dia 13/07/2020, inicialmente com a capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde para auxiliar na identificação das pessoas com deficiência no território, seguindo até dia 07/08/2020 onde foi encerrada a coleta de dados.

3.2. LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1. Logística prévia a coleta de dados

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa no dia 15 de março, retornando 2 pareceres com pendências principalmente em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para melhor descrever os riscos e benefícios do estudo e pendências quanto ao contexto atual da pandemia de Coronavírus, sendo acrescentado ao projeto e ao termo a opção de fazer as entrevistas via contato telefônico.

A aprovação da pesquisa ocorreu no dia 05 de julho, com o parecer que abordava quanto a importância de evitar a disseminação do vírus, optando-se, assim, por realizar as entrevistas através de contato telefônico e não em domicílio como estava programado no projeto inicial (Anexo A).

Após o aceite, realizou-se reunião com o orientador e preceptora sobre o início da coleta de dados e turnos estabelecidos para realizar a atividade. Desempenhou-se

um estudo piloto com o intuito de verificar quanto a aplicabilidade com a população em estudo, apresentando resultado satisfatório.

Com a alteração proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a unidade apresentou a estrutura necessária para a coleta de dados, dentre elas uma sala, computador e celular.

A capacitação para as quatro Agentes Comunitárias de Saúde ocorreu de forma presencial, respeitando as medidas de isolamento conforme preconizadas e para uma das profissionais que estava afastada foi realizada no mesmo turno, mas de forma remota, para contribuir na identificação e mapeamento das pessoas com deficiências no território (figura 1).



Figura 1- Capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde

Compõem a equipe de pesquisa a orientadora, preceptora e pesquisadora, que estão envolvidas com a concepção, análise e interpretação dos dados coletados.

3.2.2. Instrumentos de coletas de dados

Devido ao contexto atual da Pandemia de Coronavírus, o estudo sofreu alterações quanto a coleta de dados, que foi realizado por meio de contato telefônico e não em domicílio. Essas entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, sendo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido por consentimento verbal do entrevistado no momento da ligação telefônica. Os questionários e as respostas foram registrados diretamente em documento impresso.

Primeiramente foi entrado em contato telefônico com os pacientes e agendadas as entrevistas que consistiam na aplicação de dois questionários. Obteve-se como base as deficiências física, visual e cognitiva, que possibilitassem a realização da coleta de dados, sendo estes identificados pelas ACS.

O questionário semi-estruturado, avaliou o perfil sociodemográfico com duração de aproximadamente 5 minutos (APÊNDICE A). A segunda etapa compreendeu a aplicação de uma escala para avaliação da qualidade de vida denominada Whoqol-Dis, com duração estimada de 25 minutos (ANEXO A). Em relação ao tempo estimado para as entrevistas, algumas se estenderam mais do que o estipulado, mas os usuários agradeciam o contato e, apresentaram bom rendimento e discussão ao qual foram submetidos.

3.2.3. Perdas e recusas

Levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão no decorrer do trabalho de campo, os números de indivíduos selecionados foram menores do que o estimado inicialmente. Foram realizadas inúmeras tentativas de contato, devido muitas vezes o número no prontuário do participante estar indisponível, foi então solicitado as Agentes Comunitárias de Saúde que identificassem outro número de contato do paciente ou número de familiar e/ou responsável, para que auxiliassem na busca ativa dessas pessoas e posteriormente o contato telefônico.

Ocorreram perdas ao longo da coleta de dados, dentre as quais mudança de endereço e óbito (4), deficiências auditivas (9) e mentais (10) - valores sujeitos a

alterações. Durante o trabalho de campo, não ocorreu recusas quanto a participação do estudo.

3.2.4. Preparação e organização do banco de dados

Após a coleta, os dados obtidos foram digitados duplamente no EpiData (distribuição livre), visando identificar erros e inconsistências e, o banco final exportado para programa estatístico (PSPP, distribuição livre). A análise consistiu na realização da média do perfil sociodemográfico e, média dos domínios conforme manual dos questionários Whoqol-Bref e Whoqol-Dis para avaliação da qualidade de vida das pessoas com deficiência, sendo posteriormente comparado a estudos referentes ao tema.

As entrevistas dos participantes do estudo, foram transcritas e serão mantidas guardadas em local seguro por cinco anos, onde somente a equipe de pesquisa terá acesso e, após, totalmente destruídas.

3.3. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

Dentre as potencialidades encontradas durante a coleta de dados pode-se citar: Contato direto com o orientador em campo de estudo; Experiência em pesquisa anterior sobre o tema da Pessoa com Deficiência; Relevância do estudo para o território, devido escassez de pesquisas contemplando essa temática; Estar inserido na formação em serviço no local da coleta de dados; Método de intervenção a ser desenvolvido com equipe de saúde e Agentes Comunitários de Saúde e; Nenhuma recusa dos sujeitos em participar do estudo.

Os desafios encontrados são: Pandemia do Coronavírus que alterou a forma da coleta de dados; Significado de Pessoa com Deficiência com base em cada tipo de deficiência, para as Agentes Comunitárias de Saúde; Identificação dos sujeitos no território e mapeamento, devido uma profissional estar afastada; Transcrição dos resultados com base no tipo de estudo (quantitativo), visto ser um conhecimento a ser

aprimorado e; Dificuldade de contato com os pacientes em virtude da mudança de número de telefone, não atender ou estar na caixa de mensagens.

3.4. RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde foram capacitados no sentido de auxiliar na identificação dos sujeitos da pesquisa para posterior realização das entrevistas. A capacitação ocorreu através de um encontro com os profissionais com duração estimada de 2 horas, sobre os tipos de deficiências. Tanto para a equipe de saúde e usuários, o estudo apresentou resultado satisfatório quanto a relevância da temática, pois demonstrou interesse de ambos na participação da pesquisa e auxílio na sua execução.

Durante a coleta de dados, foi realizado o mapeamento das pessoas com deficiência com o auxílio dos Agentes Comunitárias de Saúde, sendo adicionado estes ao mapa da unidade, onde estão identificados pacientes com atenção aos grupos prioritários na Estratégia Saúde da Família (figura 2):

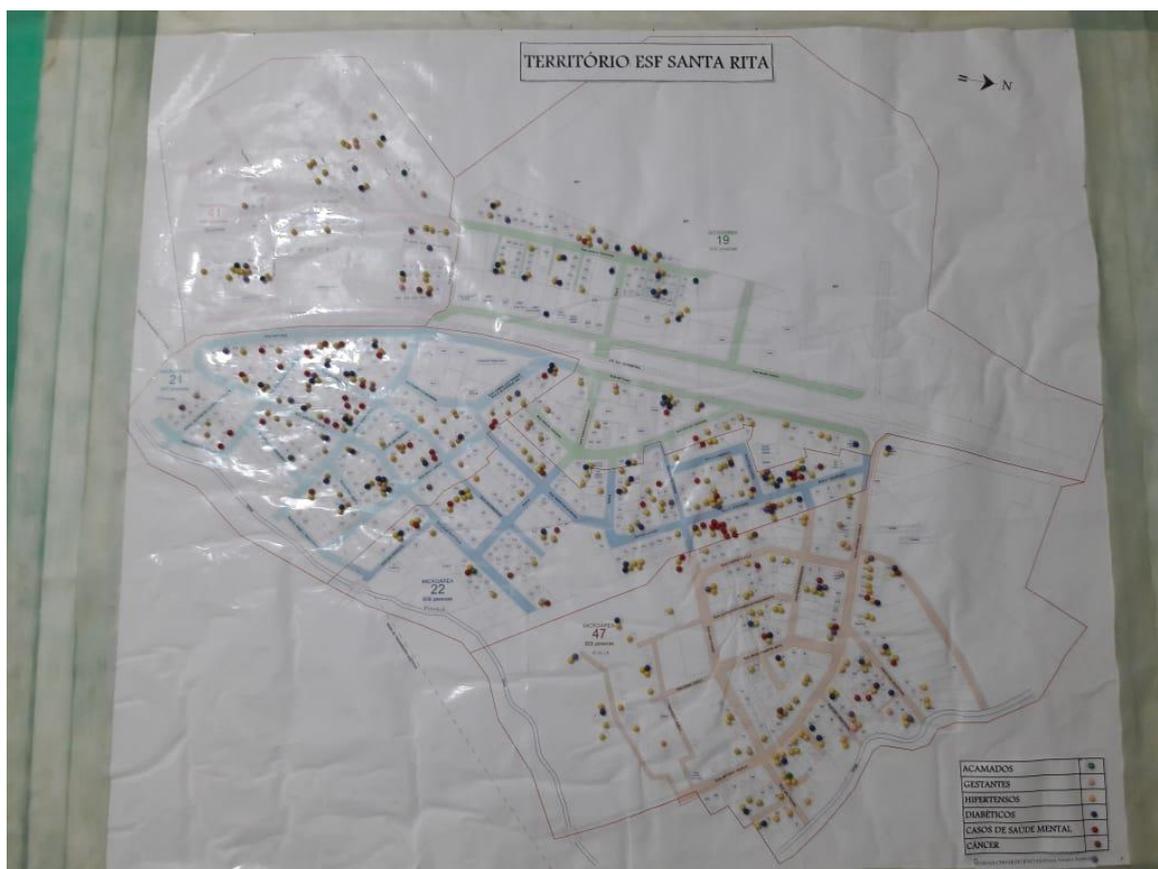


Figura 2- Mapeamento das pessoas com deficiência

3.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Vale ressaltar que devido a pandemia ocasionada pelo Coronavírus, o trabalho de campo sofreu modificações quanto ao término da coleta de dados, que ocorreu em 07/08/2020. A intervenção realizada com as Agentes Comunitárias de Saúde contribuiu na identificação e mapeamento das pessoas com deficiência no território, auxiliando no andamento e execução.

3.6. ANEXO

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: MARINDIA BIFFI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30325620.1.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.135.536

Apresentação do Projeto:

Trata de reapresentação de projeto de pesquisa em que haviam permanecido pendências éticas de acordo com o parecer nº 4.075.887

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o perfil sociodemográfico e avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência em uma ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O presente estudo envolve risco inerentes a qualquer projeto de pesquisa, como o risco de o entrevistado sofrer perguntas invasivas com o risco emocional de constrangimento.

Para que este risco seja minimizado, será elucidado ao entrevistado que a participação é voluntária, que ele pode não responder alguma pergunta e que poderá desistir a qualquer momento. Será também providenciado um local adequado e reservado para a entrevista.

No caso de o risco ocorrer, a atividade desenvolvida será interrompida, e será oferecida a possibilidade de atendimento com profissional da área de psicologia da unidade, quando houver, ou com profissional médico(a). Existe ainda, o risco de vazamento de informações referentes aos

questionários que poderia causar constrangimento ao participante. De maneira a minimizar este risco, os questionários serão identificados por números e não pelo nome do entrevistado, serão numerados aleatoriamente, sem lógica que permita a identificação dos participantes. No entanto, caso este risco previsto se concretize o estudo será interrompido.

Benefícios:

Os benefícios que esperamos com o estudo é contribuir para a qualificação do cuidado as pessoas com deficiência, através da apresentação dos resultados para a equipe de saúde, buscando portanto, a melhoria dos serviços e ações de saúde ofertados a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora realizou as adequações éticas necessárias

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE foi reajustado

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/a pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.

2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1521610.pdf	27/06/2020 15:24:03		Aceito
Outros	Carta.pdf	27/06/2020 15:20:51	MARINDIA BIFFI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/06/2020 15:16:45	MARINDIA BIFFI	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência	Termo.pdf	27/06/2020 15:13:12	MARINDIA BIFFI	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao.pdf	23/05/2020 16:45:58	MARINDIA BIFFI	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	15/03/2020 15:00:17	MARINDIA BIFFI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 05 de julho de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

4. CAPÍTULO IV: ARTIGO CIENTÍFICO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Sociodemographic profile and assessment of the quality of life of people with disabilities in a Family Health Strategy
Perfil Sociodemográfico y Evaluación de la calidad de vida de personas con discapacidad en una estrategia de salud familiar

Daiane Zeni¹; Leila Juliana Antunes Riggo²; Maríndia Biffi³

¹ Enfermeira Residente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus de Passo Fundo, RS-Brasil. E-mail: daiannezeni@hotmail.com

² Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Prefeitura Municipal de Marau, RS- Brasil. E-mail: leilajantunes@yahoo.com.br

³ Médica, Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, docente da UFFS, campus de Passo Fundo, RS- Brasil. E-mail: marindia.biffi@uffs.edu.br

RESUMO: Atualmente, muitas políticas públicas existem para as pessoas com deficiência, mas vale ressaltar que continuam invisíveis diante da sociedade, inclusive nos serviços de saúde. Este estudo possui como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e a qualidade de vida das pessoas com deficiência em uma Estratégia Saúde da Família. O estudo é caracterizado como observacional, transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, e foi desenvolvido em um município na região norte do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa foram pessoas com deficiência que residem no local de abrangência da unidade de saúde. Como critérios de inclusão foram selecionadas pessoas com deficiência física, visual, mental e com idade a partir de 18 anos. Foram excluídas as pessoas com déficit cognitivo e auditivo, que impossibilitassem a realização da coleta de dados devido a interpretação dos questionários. A realização da coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e avaliação da qualidade de vida pela escala Whoqol-Dis, a análise foi feita através da média dos domínios e faceta. Como resultados, as pessoas entrevistadas não apresentam múltiplas deficiências, a faixa etária em sua maioria é de 40 a 60 anos (58,4%), com maior proporção ao sexo feminino (58,3%), em relação a escolaridade, não frequentaram a escola (41,7%) e como ocupação aposentados (58,3%). Pode-se observar que as pessoas com deficiência apresentam uma qualidade de vida inferior à média

estimada, quando comparados aos demais indivíduos. Portanto, são necessários maiores investimentos governamentais, efetivação das políticas públicas e, um olhar mais sensível dos profissionais e a comunidade.

Palavras-chave: Atenção Básica; Pessoas com deficiência; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Currently, many public policies exist for people with disabilities, but it is worth mentioning that remain invisible to society, including in health services. This study aims to get to know the sociodemographic profile and quality of life of people with disabilities in a Family Health Strategy. The study is characterized as observational, cross-sectional and descriptive, with a quantitative approach, and it was developed in a municipality in the northern region of Rio Grande do Sul. The research participants were people with disabilities who live in the area covered by the health unit. As inclusion criteria, people with physical, visual, mental and aged 18 and over old disabilities were selected. People with cognitive and auditory deficits who made data collection impossible due to the interpretation of the questionnaires were excluded. Data collection took place through semi-structured interviews and quality of life assessment using the Whoqol-Dis scale, the analysis was performed using the mean of the domains and facet. As a result, the people interviewed do not have multiple disabilities, the age group is mostly 40 to 60 years old (58,4%), with greater proportion to the female sex (58,3%), in relation to schooling, did not attend school (41,7%) and as a retired occupation (58,3%). It can be seen that people with disabilities have a quality of life below the estimated average, when compared to other individuals. Therefore, there is a need for greater government investments, effective public policies and a more sensitive view of professionals and the community.

Keywords: Primary Care; Disabled people; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Atualmente, em torno de 24% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, o que corresponde a 45,6 milhões de pessoas no país segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2019). Em relação aos dados mundiais, essa população chega a um bilhão de pessoas e, dentre elas, 93 milhões são crianças.

As deficiências podem ter causas hereditárias ou congênitas, que influenciam na vida dessas pessoas, principalmente no que se refere à qualidade de vida.

Segundo a Lei nº 13.146/2015 que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), os indivíduos se caracterizam como:

Art.2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2015, pág. 09).

A população possui direitos específicos, sendo garantidos pela legislação brasileira, mas em decorrência das condições tanto físicas ou intelectuais, acabam limitando o acesso aos direitos e a participação em meio à sociedade, não se aproximando dos recursos disponíveis quando comparados aos demais indivíduos de uma sociedade (TONINI, 2017).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilita assistência para a população e possui como intuito a superação de um modelo de assistência à saúde marcada pelos serviços hospitalares, atendimentos médicos e ações curativas. Essa atenção estaria centrada na família e a unidade de saúde inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos usuários. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), que faz parte da equipe de saúde, desenvolve ações que buscam a integração entre o serviço e a população, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, dentre outras atribuições (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Vale ressaltar que vários estudos mencionam sobre o cotidiano de vida das pessoas, dentre eles Ferro (2012) que aborda principalmente, o trabalho, família, lazer e saúde, apresentando valores distintos para cada indivíduo. Sendo assim, vários instrumentos foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a qualidade de vida, abordando aspectos tanto físicos, psicológicos, religiosos, ambientais e sociais (FERRO, 2012).

Estes usuários muitas vezes apresentam dificuldades em relação ao cotidiano de acordo com cada tipo de deficiência, influenciando na qualidade de vida. Justifica-se, assim, a escolha por trabalhar esta temática, com o intuito de amenizar estas dificuldades,

principalmente quanto ao acesso aos serviços de saúde, as políticas públicas e outros meios na sociedade.

Com base nos aspectos mencionados, o objetivo do estudo compreende conhecer o perfil sociodemográfico e avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência em uma ESF.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como observacional, transversal, descritivo, desenvolvido por meio de abordagem quantitativa. Desenvolveu-se em uma ESF pertencente ao município de Marau, que está localizado ao Norte do Estado do Rio Grande do Sul (MARAU, 2018). Esta unidade apresenta em torno de 3.145 usuários adscritos no território de abrangência, sendo distribuídos em 5 microáreas e, a equipe composta por enfermeira responsável técnica da unidade, médica, técnica de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, dentista, técnica de saúde bucal, farmacêutica, psicóloga, auxiliar de serviços gerais, assistente administrativo, residentes dos núcleos de enfermagem, farmácia e psicologia.

Inicialmente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram capacitados no sentido de auxiliar na identificação dos sujeitos da pesquisa para posterior realização das entrevistas. A capacitação ocorreu através de um encontro com os profissionais de duração estimada de 2 horas, sobre os tipos de deficiências com base nas referências descritas no estudo.

A partir da capacitação dos ACS, foi utilizado como critério de inclusão, pessoas com deficiência física, visual, mental (leve) e com idade acima de 18 anos. Como critérios de exclusão, pessoas com déficit cognitivo e auditivo, que impossibilitaram a realização da coleta de dados devido a interpretação dos questionários.

Devido ao contexto atual da Pandemia de Coronavírus, a coleta de dados foi realizada por meio de contato telefônico, pelo pesquisador responsável, mediante horário previamente agendado com os participantes, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obtido por consentimento verbal do entrevistado no momento da ligação telefônica. Após o aceite do participante aplicou-se um questionário semiestruturado, que avaliou o perfil sociodemográfico dos participantes. A segunda etapa compreendeu a aplicação de uma escala para avaliação da qualidade de vida denominada Whoqol-Dis (UFRGS, 2019). Os questionários foram lidos e as respostas registradas diretamente em documento impresso.

O questionário utilizado para a coleta de dados é composto por 44 questões e, para a análise divide-se em duas versões o Whoqol-Bref e Whoqol-Dis. A análise das questões 01 a 26 relaciona-se ao instrumento Whoqol-Bref, associado à qualidade de vida em geral da população, abordando os domínios: geral, físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. A classificação ocorre por meio de média em cada domínio e faceta: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). As questões 27 até 44, avaliam a qualidade de vida relacionada às pessoas com deficiência e, engloba os domínios geral, discriminação, autonomia e inclusão. O questionário é analisado em uma escala de 0 a 100 pontos, quanto mais próximo do valor máximo, maior será o índice de qualidade de vida dessa população.

Após os dados coletados, os mesmos foram transcritos em um formulário, sendo que o nome dos pacientes foi codificado numericamente para manter o seu anonimato. Os dados obtidos foram digitados duplamente no EpiData (distribuição livre), visando identificar erros e inconsistências e, o banco final exportado para programa estatístico (PSPP, distribuição livre). A análise estatística consistiu na verificação dos níveis de qualidade de vida em pessoas com deficiência e o perfil sociodemográfico. Avaliou-se os dados estatisticamente através da análise de distribuição de frequências, e cálculo da prevalência das variáveis (nível de qualidade de vida a ser aferido através da escala Whoqol-Dis).

O estudo seguiu a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Fronteira Sul mediante o Parecer 4.135.536.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo um total de 24 indivíduos, dentre os quais 58,3% (n=14) do sexo feminino e 41,7% (n=10) do sexo masculino, com maior prevalência as idades entre 40 a 50 anos e 51 a 60 anos, correspondendo a 29,2% (n=7) ambas as faixas etárias. Em relação ao tipo de deficiência 66,7% (n=16) apresentam deficiência física, 25,0% (n=6) deficiência visual e 8,3% (n=2) deficiência mental. Vale ressaltar que 41,7% (n=10) não frequentaram a escola e 58,3% (n=14) são aposentados (as) conforme a tabela 1.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos das pessoas com deficiência

Dados sociodemográficos		Nº indivíduos	%
Sexo	Masculino	10	41,7
	Feminino	14	58,3
Idade	18-28	1	4,2
	29-39	5	20,8
	40-50	7	29,2
	51-60	7	29,2
	>60	4	16,7
Tipo de deficiência	Física	16	66,7
	Visual	6	25,0
	Mental	2	8,3
Escolaridade	Não estudou	10	41,7
	Ensino primário completo	7	29,2
	Ensino fundamental completo	3	12,5
	Ensino médio completo	4	16,7
	Ensino superior completo	0	0,0
Ocupação	Aposentado (a)	14	58,3
	Dona de casa	5	20,8
	Desempregado (a)	2	8,3
	Outro (a)	3	12,5

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa em uma ESF, Marau/RS, 2021.

Estimava-se um total de 47 pessoas com deficiência no território de abrangência da ESF. Ocorreram perdas ao longo da coleta de dados, dentre as quais mudança de endereço e óbito (n=4) e, como critérios de exclusão, deficiências auditivas (n=9) e mentais (n=10). Durante essa etapa, não ocorreram recusas quanto a participação do estudo.

A análise do questionário Whoqol-Bref, ocorreu através da média por domínio e faceta (tabela 2). O domínio geral (percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde) apresentou resultado classificado como regular (3,23).

Em relação ao domínio físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades de vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e; capacidade de trabalho), necessita melhorar (2,04).

A média do domínio psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças pessoais) é que necessita melhorar (2,33).

Outro domínio que o resultado necessita melhorar (2,56) foi o de relações pessoais (relações pessoais; suporte/ apoio social e; atividade sexual).

O domínio meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir

novas informações e habilidades; participação em e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima e; transporte) apresentou também resultado necessita melhorar (2,25). Cabe ressaltar que 04 domínios apresentaram os mesmos resultados, sendo condizentes com o que é vivido pelas pessoas em estudo.

Tabela 2- Avaliação da qualidade de vida na ESF em estudo

Domínio	Facetas	Média
Geral	Percepção da qualidade de vida	3,42
	Satisfação com a saúde	3,04
	Média do Domínio	3,23
Físico	Dor e desconforto	1,92
	Energia e fadiga	1,83
	Sono e repouso	1,92
	Mobilidade	2,13
	Atividades da vida cotidiana	2,63
	Dependência de medicação ou de tratamentos	2,21
	Capacidade de trabalho	1,67
	Média do Domínio	2,04
Psicológico	Sentimentos positivos	2,13
	Pensar, aprender, memória e concentração	2,58
	Auto-estima	2,50
	Imagem corporal e aparência	2,17
	Sentimentos negativos	2,46
	Espiritualidade, religião e crenças pessoais	2,13
Média do Domínio	2,33	
Relações pessoais	Relações pessoais	2,83
	Suporte (apoio social)	2,17
	Atividade sexual	2,67
Média do Domínio	2,56	
Meio Ambiente	Segurança física e proteção	2,54
	Ambiente no lar	2,25
	Recursos financeiros	2,04
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	2,67
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	1,79
	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	2,17
	Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	2,21
	Transporte	2,33
Média do Domínio	2,25	

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, Marau/RS, 2021.

Na tabela 3 que corresponde ao questionário Whoqol-Dis, são apresentados os resultados por média de domínio e faceta. O domínio geral (impacto da deficiência) apresentou média de 31,0; domínio I discriminação (discriminação, proteção e perspectivas futuras) possui média de 25,2; domínio II autonomia (controle de sua vida, poder de decisão e autonomia)

média de 33,9 e; o domínio III inclusão (capacidade de comunicação, aceitação social, respeito, interação social, inclusão social e capacidade social) com média de 33,9.

Pode-se observar com os resultados, menor índice da qualidade de vida dos indivíduos nos aspectos que abrangem a discriminação, autonomia e inclusão, analisados através do instrumento.

Tabela 3- Avaliação da qualidade de vida em pessoas com deficiência na ESF em estudo

Domínios	Facetas	Média
Geral	Impacto da deficiência	31,0
I Discriminação	Discriminação	25,2
	Proteção	
	Perspectivas futuras	
II Autonomia	Controle de sua vida	33,9
	Poder de decisão	
	Autonomia	
III Inclusão	Capacidade de comunicação	33,9
	Aceitação social	
	Respeito	
	Interação social	
	Inclusão social	
	Capacidade pessoal	

Fonte: Sistematizado pela equipe de pesquisa, Marau/RS, 2021.

DISCUSSÃO

A qualidade de vida é influenciada pelo contexto que o indivíduo está inserido, bem como impactando no acesso a outros setores em meio a sociedade. Esses fatores acarretam diferentes indicadores locais e, conseqüentemente na efetividade e consolidação das políticas públicas.

Em comparação com as características sociodemográficas expostas no estudo como sexo, idade, tipo de deficiência, escolaridade e ocupação, uma pesquisa realizada por Nogueira et al. (2016) com pessoas portadoras de deficiência física, apresentou alguns resultados semelhantes aos dados analisados. Este estudo aborda que a média das idades dos participantes do estudo foi de 53 anos, mas que 58,3% são do sexo masculino e 41,7% do sexo feminino, sendo que em relação a presente pesquisa difere-se quanto ao resultado, pois prevalece o sexo feminino (NOGUEIRA et al., 2016). Vale ressaltar que não foram encontradas produções científicas, que avaliassem perfil sociodemográfico integrando todos os tipos de deficiências.

Nogueira et al. (2016) também demonstrou que cerca de 64,4% das pessoas com deficiência física, quando relacionadas a variável da escolaridade são analfabetas ou cursaram o ensino fundamental completo, destacando fragilidades sobre o acesso ao ensino dessa população, dado esse que vem ao encontro do presente estudo, onde 41,7% não estudaram, 29,2% tem o ensino primário completo e 12,5% o ensino fundamental completo. Já em relação à ocupação, 64% dos indivíduos recebem aposentadoria e 10,8% possuem emprego assalariado, tornando o rendimento financeiro mensal das famílias menores, quanto a ocorrência de deficiência, ficando a porcentagem aproximada ao nosso estudo em que 58,3% são aposentados (as).

Relacionado à deficiência visual, um estudo empregado com indivíduos adultos sobre a percepção da qualidade de vida no âmbito familiar, satisfação com a vida e apoio social, apresentou resultado superior no sexo masculino, idade entre 18 à 35 anos e, prevalência em sujeitos empregados. Quando comparados a um grupo de pessoas que não apresentam deficiências, abordou resultado com média inferior da qualidade de vida familiar (GRILO, MAJOR, 2015).

Cartolano (2019), expõe em estudo que os indivíduos com deficiência intelectual apresentam características referentes ao sexo, com maior proporção no sexo feminino (77,42%) e sexo masculino (22,58%). Sobre a qualidade de vida, evidenciou-se média maior nos domínios inclusão e psicológico e, pontuação menor no domínio discriminação.

Quando pensamos na qualidade de vida das pessoas com deficiência, um estudo de Ferentz (2017), realizado com cidadãos do município de Curitiba, obteve média geral de 3,62 na qualidade de vida, sendo classificada entre “regular” e “boa”, melhor do que foi encontrado em nosso estudo, onde foi classificada como “necessita melhorar” e “regular”, com média entre 2,04 e 3,23. Essa percepção local, proporcionou o conhecimento sobre as necessidades urbanas para serem realizadas melhorias, como por exemplo o setor de transportes, criação de parques e despoluição de rios.

O indicador de qualidade de vida abordado em relação à população em geral, quando comparado às pessoas com deficiências, apresenta maiores índices quanto as condições em seu cotidiano. Pode observar que no presente estudo as pessoas com deficiência apresentaram qualidade de vida classificada como “necessita melhorar” e “regular”. Em outros estudos, associados à população em geral aborda-se como resultados “regular”, “boa” e “muito boa” (FERENTZ, 2017; BORTOLOTTI, 2017).

Com o intuito de possibilitar às pessoas com deficiência, a viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), conforme o que é exposto no Art. 55, -deve ser assegurado a essa população, promovendo a concepção e a implantação de projetos que tratem do meio físico, de transporte, de informação e comunicação, inclusive de sistemas e tecnologias da informação e comunicação, e de outros serviços, equipamentos e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, devendo atender aos princípios do desenho universal, tendo como referência as normas de acessibilidade.

O perfil das pessoas com deficiência, traçado no estudo, revela a invisibilidade desses indivíduos presentes em cenário urbano e ainda mais agravados em contexto rural (ZENI et al., 2020).

Com base na avaliação da qualidade de vida através do questionário Whoqol-Dis, os domínios apresentaram valores que diferem de outro estudo quando se avalia cada domínio separadamente. Segundo Schroder et al. (2015), o domínio geral relacionado ao impacto da deficiência obteve média de 20.0, se assemelhando ao valor encontrado em nosso estudo, que foi 31.0, já os domínios discriminação, autonomia e inclusão obtiveram, respectivamente, média de 77.50, 82.50 e 62.50, acima do que foi encontrado em nosso estudo, onde os mesmos domínios tiveram média de 25.20, 33.90 e 33.90.

Um estudo que buscou analisar um grupo de indivíduos com deficiência visual que praticava determinado esporte e outro que não o realizava, sendo destacado principalmente o domínio da discriminação, apresentando média de 38,33 para os não praticantes, influenciando na qualidade de vida dessas pessoas (SCHRODER et al., 2015). Cabe ressaltar que na presente pesquisa o domínio mencionado evidencia e assemelha-se a esse resultado.

Outro estudo englobando a deficiência física, abordou que usuários de cadeira de rodas com presença de lesões, obtiveram menor índice de qualidade de vida quando associados aos que não o possuíam. O domínio geral apresentou média de 31.90, domínio discriminação a média de 64.66, autonomia média de 76.29 e, inclusão média de 59.48 (VARGAS, 2018). Essa pesquisa corresponde aos achados mencionados no estudo em discussão no que se refere ao domínio geral 31.0, no entanto, difere quando aos domínios de discriminação 25.2, autonomia e inclusão 33.9.

Com base nos estudos abordados, salienta-se que foram encontrados poucos achados que avaliassem a qualidade de vida das pessoas com múltiplas deficiências, sendo o mais comum o estudo de uma única deficiência, assim como poucos estudos que abordassem a

qualidade de vida com o Whoqol-Dis, na maioria destes foram utilizados somente o Whoqol-Bref, dificultando quanto a comparação com outros achados, necessitando assim de estudos recentes que abordem o que é vivido por esses indivíduos, visto as modificações contínuas presentes em seu contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo evidenciou-se que os entrevistados não apresentaram múltiplas deficiências, a faixa etária em sua maioria são adultos, com maior proporção referente ao sexo feminino e, em relação a escolaridade não estudaram e como ocupação aposentados. Avaliando a qualidade de vida, pode-se observar que as pessoas com deficiência apresentam uma qualidade de vida inferior à média estimada, quando comparados aos demais indivíduos.

Estes dados são condizentes com os diferentes contextos de inserção dos mesmos, necessitando de maiores investimentos governamentais, efetivação das políticas públicas, capacitações e sensibilização dos profissionais de saúde, bem como outros setores da sociedade, para promover uma qualidade de vida igualitária compatível aos demais indivíduos de uma sociedade. Além disso, é essencial o aumento na produção de estudos relacionados a temática e incluir uma disciplina nas instituições de ensino visando maior aprofundamento em relação as deficiências, visto as fragilidades existentes nesse cenário.

Os benefícios esperados com o estudo é contribuir para a qualificação do cuidado as pessoas com deficiência, através da apresentação dos resultados para a equipe de saúde e gestão municipal, buscando, portanto, a melhoria dos serviços e ações de saúde ofertados a essa população. Vale ressaltar, que obtiveram-se poucos participantes no campo de estudo, limitando a amostragem dessa população, mesmo com isso, os objetivos propostos foram alcançados.

Colaborações

ZENI D., BIFFI M. e RIGGO L. J. A, trabalharam na concepção e delineamento da pesquisa, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo da produção intelectual.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M.; **Agente Comunitário de Saúde: desafios do trabalho na zona rural.** Ambiente e Sociedade, São Paulo, v. XVII, n. 2, abr.-jun. 2014.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 2012.
- BORTOLOTTI, C. C. **Qualidade de vida em adultos da zona rural de Pelotas-RS: estudo de base populacional.** 2017. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.
- CARTOLANO, P. F. **Qualidade de vida na pessoa com deficiência intelectual: percepção do indivíduo.** 2019. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Lei nº 13.146/2015.** Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. 65 p.
- FERRO, F. F. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura.** 2012. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família- Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.
- FERENTZ, L. M. S. **Análise da qualidade de vida pelo método Whoqol-Bref: estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná.** 2017. Estudo & Debate, Lajeado, v. 24, n. 3, p. 116-134, 2017. ISSN 1983-036X.
- GRILO, I.; MAJOR, S. **Qualidade de Vida Familiar, Satisfação com a Vida e Apoio Social Percebido na Deficiência Visual.** 2015. Temas em Psicologia. Vol. 23, nº 2, 327-339. DOI: 10.9788/TP2015.2-07.
- MARAU. **Prefeitura Municipal de Marau- RS.** Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/html>>. Acesso em: 15 set. 2019.
- NOGUEIRA, C. G.; SCHOELLER, D. S.; RAMOS, S. R. F.; et al. **Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos.** 2016. Ciência & Saúde Coletiva. DOI: 10.1590/1413-812320152110.17622016.
- SCHRODER, S.; CANTORANI, H. R. J.; VARGAS, M. L.; et al. **A influência da prática do goalball e da deficiência na percepção da qualidade de vida de pessoas com**

deficiência visual. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, vol. 07, n° 03, p. 180-189, Paraná, 2015.

TONINI, H. **Direitos e liberdades das pessoas com deficiência em áreas rurais do Rio Grande do Sul:** Vulnerabilidades e desenvolvimento social ampliado. 2017. Universidade Federal de Educação do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

UNESCO. **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.** Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/pt/brasil/education/inclusive-education/persons-with-disabilities/>>. Acesso em: 14 setembro 2019.

UFRGS. **Projeto DISQOL.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-disqol>>. Acesso em: 15 dezembro 2019.

VARGAS, M. T. **Lesões traumato-ortopédicas e percepção da qualidade de vida em atletas de basquetebol em cadeira de rodas.** 2018. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

ZENI, D.; COSTA, C. M.; SILVA, B. E; et al. 2020. **Atenção à saúde de pessoas com deficiência em cenário rural sob perspectiva dos agentes comunitários.** Rev. Bras. Enf., vol. 73, n° 6, Brasília, 2020.

ANEXO A

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Instruções para autores

- Escopo e política

1 A **Revista Brasileira de Educação Especial** publica artigos dos membros-sócios da ABPEE, cujo foco seja a Educação Especial. O recebimento dos artigos é em fluxo contínuo conforme ordem de chegada. O prazo para avaliação pode demorar de um a seis meses. O prazo para publicação pode demorar de 12 a 18 meses. A revista "on line" está aberta para toda a comunidade científica por meio do SciELO. Para garantir um espaço democrático na revista, cada autor e/ou coautor poderá publicar somente um artigo por ano/ volume.

2 As colaborações podem ser apresentadas como:

2.1 Relato de pesquisa;

2.2 Ensaio teórico;

2.3 Revisão de literatura;

2.4 Resenha;

2.5. Entrevistas.

3 Os artigos devem ser *inéditos* (de preferência em português, inglês ou espanhol), cabendo à revista a exclusividade da sua publicação. Precisam atender aos seguintes *critérios*:

3.1 Adequação ao escopo da revista;

3.2 Qualidade científica, atestada pela Comissão Editorial e ouvido o Conselho Consultivo;

3.3 Cumprimento das presentes *Normas*;

3.4 Após aceitos, os artigos podem sofrer alterações não substanciais (reparagrafações, correções gramaticais e adequações estilísticas) na etapa de *editoração de texto*.

3.5 As resenhas deverão conter, no máximo, duas laudas e serem redigidas por, no máximo, dois autores. Somente serão aceitas resenhas cujo ano de publicação da obra for o ano de publicação da revista ou imediatamente anterior à publicação. Por exemplo, se a revista está sendo publicada em 2012, a obra deverá ter sido publicada em 2012 ou 2011.

4 Aceitação e revisão dos textos: os artigos recebidos são enviados (com exclusão do nome dos autores) a dois pareceristas pertencentes ao Conselho Consultivo da ABPEE que indicam a aceitação, a recusa ou as reformulações necessárias. Em caso de pareceres contrários a aceitação, o artigo é analisado pelos editores que definem ou não a sua publicação baseado nas indicações dos pareceres. A revisão da normalização técnica é realizada pelos editores.

5 Não há *remuneração* pelos trabalhos.

6 Não há taxa de submissão ou avaliação de artigo para a revista.

7 A revisão dos artigos ocorre em duas etapas. Na primeira, dois pareceristas do Comitê Editorial fazem uma triagem para verificar o cumprimento das normas editoriais. Na segunda etapa, dois pareceristas do conselho consultivo avaliam o mérito do conteúdo do artigo. Caso um dos pareceristas negar a publicação, o artigo é submetido a um terceiro parecerista. Caso dois pareceristas rejeitem a publicação, o artigo é denegado.

A Revista adota o software Turnitin para identificação de plágio e/ou autoplágio.

8. A RBEE possui compromisso com o cumprimento de questões éticas relacionadas aos artigos publicados baseando-se nos seguintes documentos: a) Resolução CNE nº 466/2012 (Ética na Pesquisa com seres humanos); b) Documento do CNPq – Ética e integridade na prática científica (http://www.memoria.cnpq.br/normas/lei_po_085_11.htm).

9. A RBEE segue as normas da APA – American Psychological Association (APA, 2010).

-Forma e preparação de manuscritos

CONSTITUIÇÃO DOS ARTIGOS

1 Identificação: folha de rosto contendo o *título* (em português, inglês e espanhol); *título resumido* (em português) *autor* (titulação, instituição, departamento, quando for o caso), *endereço completo* de todos os autores *e e-mail para contato*);

2 Resumo: O resumo deverá ser informativo, expondo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões, quanto se tratar de relato de pesquisa. Deverá conter 250 palavras, não conter parágrafos e nem conter citações de autores e datas.

3 Palavras-Chave: fazer a indicação após o resumo (mínimo de três e máximo de cinco palavras). Utilizar o site do Thesaurus Brasileiro da Educação do INEP no site www.inep.gov.br.

4 Abstract e Keyword: O resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português e seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente.

5 Texto, ensaio teórico e revisão de literatura: devem estar organizados em: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão, sem numeração, podendo receber subdivisões, igualmente não numeradas. No caso de relatos, devem ter as seguintes seções: Introdução, Método, Resultados, Discussões e Conclusões (com numeração).

No caso de resenha de livros e teses, o texto deve conter todas as informações para a identificação do trabalho comentado.

OBS.: Usar negrito somente em títulos ou subtítulos. Caso haja necessidade de ressaltar expressões ou palavras usar o *itálico*, e não o sublinhado ou negrito. O uso de aspas, segundo

as normas da American Psychological Association [APA] 6ª edição (2010), deverá ser usada *somente* em citações bibliográficas no texto de até 40 palavras.

6 Subvenção: menção de apoio financeiro recebido (ao início do artigo);

7 Agradecimentos: apenas se absolutamente indispensáveis (ao início do artigo, após aprovados).

8 Ilustrações (tabelas, gráficos, desenhos, mapas e fotografias): devem ter sua inclusão indicadas e incluídas ao longo do texto e também apresentadas *à parte* e em material que permita a reprodução.

9 Citações:

9.1 Notas: as notas explicativas 1 precisam ser dispostas no rodapé, remetidas por números sobrescritos no corpo do texto.

10 Citações no texto:

10.1 Citações incorporadas ao texto dentro do parágrafo: a identificação das citações (sobrenome do autor, ano) deveram aparecer logo após as referentes citações. O nome do autor, quando dentro e fora dos parênteses deve vir somente com a primeira letra em maiúsculo, seguido do ano da publicação. Ex.:

[...] Identificou-se em vários estudos essa concepção (Farris, 1979; Henry & Jacobson, 1980; Vertuan, 1989), comprovando-se a constatação de Moura (1979).

10.2 Toda vez que a *citação for literal*, ou específica a um trecho da obra, e *tiver menos que 40 palavras*, ela deve aparecer entre aspas dentro do parágrafo. Ex.:

A didática especial aparece como prática docente específica de determinado conteúdo de ensino, e sua necessidade, segundo Boulos, 'se afirma, já que cada matéria e cada nível escolar apresentam as suas 'peculiares próprias' e seus problemas concretos' (apud Warde, 1992, p. 50).

10.3 Toda vez que a *citação for literal*, ou específica a um trecho da obra, e *tiver mais que 40 palavras*, ela deve aparecer com recuo à esquerda de quatro centímetros, em corpo menor, destacada em parágrafo isolado, *não* aparecer entre aspas e *nem* em itálico:

Pernambuco indica que uma prática significa

[...] estar trabalhando as mediações entre proposições oriundas de diferentes conhecimentos científicos que intervêm sobre a situação concreta que se estuda. Ao mesmo tempo, a partir dessa interação como o faz, novas questões são colocadas, novos conhecimentos e novas organizações de antigos conhecimentos se tornam necessários (1994, p. 92).

Dessa forma, percebe-se que

10.4 Citação de autores no texto.

10.4.1 Citação de dois autores. Ex.:

- a) Fora do parênteses: Barbosa e Marinho-Araújo (2010);
- b) Dentro do parênteses: (Barbosa & Marinho-Araújo, 2010).

10.4.2 Citação até cinco autores no texto. Ex:

- a) Primeira citação: (Carnevale, Alexander, Davis, Rennick, & Troini, 2006);
- b) Demais citações do mesmo autor e obra: Carnevale et al. (2006).

10.4.3 Citação com mais de cinco autores no texto. Ex.: Cassins et al. (2007, pp. 5-6).

10.4.4 Citação com autoria institucional que contém sigla. Ex.:

- a) Primeira citação: American Psychological Association [APA] (2010);
- b) Demais citações do mesmo autor e obra: APA (2010).

10.5 Citação de documentos legislativos e normas técnicas no texto. Ex.: Lei nº 13.146 (2015) ou (Lei nº 13.146, 2015).

11 Referências:

11.1 Obedecerão as normas da APA de 2010. Serão arroladas ao final do texto com o título **REFERÊNCIAS**, em negrito. Esta lista de fontes (livros, artigos, etc.) deve aparecer em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, sem numeração, sem espaçamento entre linhas, sem recuo, com deslocamento de 0,75 cm, espaçamento depois de 12 pt e justificado.

11.2 Livros: Indicar Sobrenome, N. A. (nomes do autor abreviados em caixa alta e sobrenome somente com a primeira letra maiúscula) (Ano entre parênteses após o nome do autor). Título e subtítulo (em itálico) (Indicar o número da edição, se houver, colocar ponto, escrever ed. em

caixa baixa) Cidade: Editora. Ex.:

Glat, R. (1993). *Somos iguais a vocês: Depoimento de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Agir.

Telford, C. W., & Sawrey, J. M. (1993). *O indivíduo excepcional* (4a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

11.3 Obras com *mais de sete autores*: após o sobrenome do sexto autor, inserir três pontos e o nome do último autor da obra. Ex.:

Cassins, A. M., Paula Junior, E. P. de, Voloschen, F. D., Conti, J., Haro, M. E. N., Escobar, M. ... Schmidt, V. (2007). *Manual de Psicologia Escolar/Educacional* (Coletânea Conexão Psi). Curitiba: Gráfica e Editora Unificado.

11.4 Obras com autor desconhecido, a entrada é feita pela palavra “Anônimo”. Ex:

Anônimo (1993). *Diagnóstico do setor editorial brasileiro* (64 p.). São Paulo: Câmara Brasileira do Livro.

11.5 Autoria institucional: Nome da Instituição por extenso (Ano). *Título: Subtítulo*. Local: Editora. Ex.:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). *Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014*. Rio de Janeiro: IBGE.

11.6 Periódicos: Sobrenome, N. (Ano). Título de artigo. *Título da Revista em itálico*, cidade, volume (número), páginas. Ex.:

Marques, L. P. (1995). O filho sonhado e o filho real. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Piracicaba, 2(3), 121-125.

11.7 Artigos Jornal: Sobrenome, N. (Ano, mês e dia de publicação). A Título do artigo. *Título do Jornal*, Cidade, número/caderno/seção, páginas. Ex.:

Pinto, J. N. (1975, janeiro 08). Programa explora tema raro na TV. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, Caderno 2, p. 7.

11.8 Dissertações e teses (Autor, Ano, título e subtítulo em itálico, tese ou dissertação acompanhada da titulação entre parênteses, instituto, departamento, universidade, cidade, estado, país). Ex.:

Manzini, E. J. (1995). *Formas de raciocínio apresentadas por adolescentes considerados*

deficientes mentais: Identificação através do estudo de interações verbais (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

11.9 Meio eletrônico ou internet

11.9.1 Artigo em jornal científico. Ex.:

Kelly, R. (1996). Eletronic publishing at APS: Its not just online journalism. *APS News Online*, Los Angeles. Recuperado em 25 de Novembro de 1998 de <http://www.aps.org/apsnews/1196/11965.html>.

11.9.2 Trabalho em congresso. Sobrenome, N. (ano, mês de publicação). Título do trabalho. *Anais do Nome completo do evento*, cidade, estado, país, número do evento. Ex.: Silva, R. N., & Oliveria, R. (1996). Os limites pedagógicos do paradigma da qualidade total na educação. *Anais do Congresso de Iniciação Científica da UFPe*, Recife, Brasil, 4. Recuperado em 21 de Janeiro de 1997 de <http://www.propesq.ufpe.br/anais/educ/ce04.htm>.

11.10 Documentos Jurídicos, normas contábeis e normas técnicas

11.10.1 Documentos Jurídicos e normas contábeis. Ex.:

Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.html.

11.10.2 Normas técnicas. Ex.:

ABNT NBR 6023, de 29 de setembro de 2002. Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas.

1 Esta numeração será disposta sem espaço entre a letra que a proceder ou logo após qualquer pontuação (quando houver).

-Envio de manuscritos

12 Apresentação de artigos: (leia todos os itens antes de enviar o artigo)

12.1 Os artigos deverão ser enviados somente no FORMATO doc. para o endereço que segue: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbee-scielo>

Obs.: Não usar docx. Somente use doc.

12.2 Antes de entrar na homepage para envio do artigo abrir uma pasta no seu computador com os seguintes arquivos digitalizados:

- a) Arquivo com o manuscrito sem identificação dos autores (documento principal)
- b) Folha de rosto com nome, endereço COMPLETO e e-mail de TODOS os autores
- c) Ofício de encaminhamento assinado por TODOS os autores (conforme modelo)
- d) Carta de cessão dos direitos autorais assinada por TODOS os autores
- e) Cópia de carta de aprovação do comitê de ética quando relato de pesquisa (a revista não publica relatos de pesquisa sem esse documento, seja de autor nacional ou internacional)
- f) Número de cadastro no ORCID

Ofício de encaminhamento:

Por meio deste encaminhamos o artigo "NOME DO ARTIGO", de autoria de (indicar a ordem de autoria quando tratar de mais de um autor) para apreciação do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Educação Especial.

Informamos estar ciente e concordamos com as normas editoriais, inclusive com a norma número 1.

Carta de cessão de direitos autorais:

Venho por meio desta ceder os direitos autorais sobre o artigo (nome do artigo) para a Revista Brasileira de Educação Especial, a ser publicado na forma impressa e eletrônica, mantida pela Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Declaro que o mencionado artigo é inédito, como consta nas normas de publicação da referida Revista, e não foi publicado nem em outra revista e nem em meio digital, como páginas de Associações, sites ou CDs de eventos.

Assinatura (s)

Nome do autor (es)

Nome e Assinatura de TODOS os autores

1.2.3 Formatação: papel A4 e com páginas numeradas em até 20 laudas incluindo as referências (espaço um e meio, letra Times New Roman, tamanho 12, justificado, parágrafos com 2cm).

13 Ao enviar ou re-enviar o texto verificar normas básicas

Normas para encaminhamento, verificar se:

- o ofício de encaminhamento está presente conforme normas;
- carta de cessão de direitos autorais foi elaborada de acordo com modelo proposto;
- todos os autores assinaram carta de cessão dos direitos autorais;
- a carta do comitê de ética foi anexada (somente para relatos de pesquisa);
- há indicação de endereço completo de todos autores e e-mail (s).

Normas técnicas da APA, verificar se:

- atende as normas para citação bibliográfica;
- atende as normas sobre referências;
- faltam autores no texto que estão citados nas referências;
- faltam referências de autores que estão citados no texto;
- o texto impresso segue as normas de formatação da revista.

Normas referentes ao conteúdo, verificar se:

- a revisão gramatical não foi realizada a contento;
- foram utilizadas as palavras chaves do Thesaurus Brasileiro da Educação do INEP no site www.inep.gov.br. (ver artigo orientador);
- o resumo atende às normas especificadas pela revista (ver artigo orientador);
- o abstract atende às normas especificadas pela revista (ver artigo orientador).

Artigos para orientação a autores que estão na nossa homepage (no link

Revistas www.abpee.net ou http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-6538&lng=pt&nrm=iso):

13.1. Cada autor poderá submeter um artigo por vez.