



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHALERADO EM ENFERMAGEM**

DANIELA LAURENTINO RODRIGUES

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS NECESSIDADES DE SAÚDE
DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DOIS ANOS APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA
DE COVID-19**

**CAMPINA GRANDE
2022**

DANIELA LAURENTINO RODRIGUES

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS NECESSIDADES DE SAÚDE
DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DOIS ANOS APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA
DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a coordenação/Departamento do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

**CAMPINA GRANDE
2022**

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

R696a Rodrigues, Daniela Laurentino.
Análise do perfil epidemiológico e das necessidades de saúde das pessoas com deficiência dois anos após o início da pandemia de covid-19 [manuscrito] / Daniela Laurentino Rodrigues. - 2022.
36 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2022.
"Orientação : Prof. Dr. Inacia Sátiro Xavier de França , Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. COVID-19. 2. Infecção respiratória . 3. Pessoas portadoras de deficiência. 4. Saúde pública. I. Título
21. ed. CDD 616.2

DANIELA LAURENTINO RODRIGUES

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS NECESSIDADES DE SAÚDE
DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DOIS ANOS APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA
DE COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a coordenação/Departamento do
Curso de Enfermagem da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

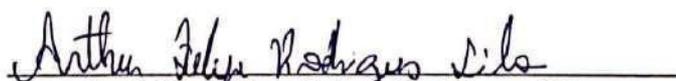
Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 25/07/2022

BANCA EXAMINADORA



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



Prof. Dr. Arthur Felipe Rodrigues Silva
UNINASSAU



Profa. Me. Amanda de Brito Rangel Pereira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À minha família, por toda dedicação,
companheirismo e amor, DEDICO.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Características sociodemográficas de pessoas com deficiência física ou visual. Clínica Escola de Fisioterapia; Instituto dos Cegos de Campina Grande, PB, Brasil, 2022. N=31	14
Tabela 02 - Aspectos epidemiológicos das pessoas com deficiência física ou visual. Clínica Escola de Fisioterapia; Instituto dos Cegos de Campina Grande, PB, Brasil, 2022. N=31.	15

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

APS - Atenção Primária à Saúde

AIVDs - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVDs - Atividades de Vida Diária

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CBO - Conselho Brasileiro de Oftalmologia

CEF - Clínica Escola de Fisioterapia

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

DRMI - Degeneração Macular Relacionada à Idade

ESF - Estratégia Saúde da Família

IANS-PcDFAV - Instrumento de Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual

ICBC - Instituto de Cegos de Brasil Central

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PcD - Pessoas com Deficiência

PLIMs - Possuir Limitações Físicas

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS - Sistema Único de Saúde

TA - Tecnologia Assistiva

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1 Notas históricas e conceituais sobre a deficiência	10
2.1.1 Acessibilidade e atenção às necessidades de saúde das pessoas com deficiência	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	14
5 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	27
ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL (IANS-PcDFAV) ...	28
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	32

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DOIS ANOS APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA DE COVID-19

Daniela Laurentino Rodrigues*

RESUMO

A pandemia de COVID-19 teve impactos bastante desiguais nos diferentes setores da sociedade. Considerando as implicações da deficiência no corpo, no contexto social e familiar, as pessoas com deficiência foram classificadas como grupo de risco para a infecção causada pelo coronavírus. O estudo objetivou traçar o perfil epidemiológico e analisar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física ou visual frente à pandemia de COVID-19. Tornou-se propício traçar o perfil epidemiológico desta população e os impactos da pandemia que foram gerados, para que haja promoção de melhorias nas condições de saúde e o fornecimento de recursos pelos gestores de saúde e das autoridades públicas. Trata-se de um estudo de caráter transversal e analítico, com abordagem qualiquantitativa, realizado durante projeto de pesquisa na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, e no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, em Campina Grande, Paraíba, Brasil. A coleta foi realizada no mês junho de 2022. A amostra foi composta por 31 pessoas com deficiência física ou visual, acima de 18 anos, com esquema de vacinação contra COVID-19 completo. Foram excluídas pessoas com mais de um tipo de deficiência. Para a coleta de dados utilizou-se o Instrumento de Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual e perguntas subjetivas sobre a experiência pessoal dos participantes no contexto da pandemia. Os dados quantitativos foram analisados e expostos usando o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* - SPSS versão 20.0. As perguntas subjetivas foram submetidas à Análise de Conteúdo Temática. O estudo atendeu a todos os procedimentos éticos recomendados pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde. Os resultados apontam que o sexo masculino corresponde a 64,5% da amostra e 35,5% corresponde ao sexo feminino. Entre os homens, 25% apresentam deficiência física e 75% apresentam deficiência visual. Já entre mulheres, 36,4% apresentam deficiência física e 63,6%, deficiência visual. Quando analisado o fator causador da deficiência entre os sexos, observou-se que entre as mulheres o fator congênito e patologia apresentaram percentuais iguais 36,4%, já entre os homens, a incidência é maior por causas patológicas, 50%. A média de idade foi de 38,18 para as mulheres e de 41,5 para os homens. Quanto às necessidades de saúde, foram constatadas: necessidade de conseguir órteses, dificuldade de acesso aos serviços sociais, dificuldade de acesso às informações de saúde, necessidade de ajuda para chegar aos serviços de saúde, ausência de atendimento domiciliar e de atendimento multiprofissional. Portanto, conclui-se que a pandemia afetou o processo de reabilitação e os estudos das pessoas com deficiência. Quanto às queixas atuais de saúde, as mais relatadas foram: dores, crises de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Infecção por Coronavírus. Acesso aos Serviços de Saúde.

*Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB,
danirodrigues25@gmail.com

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has had very uneven impacts on different sectors of society. Considering the implications of disability on the body, in the social and family context, people with disabilities were classified as a risk group for infection caused by the coronavirus. The study aimed to trace the epidemiological profile and analyze the health needs of people with physical or visual impairments in the face of the COVID-19 pandemic. It has become appropriate to trace the epidemiological profile of this population and the impacts of the pandemic that were generated, so that there is a promotion of improvements in health conditions and the provision of resources by health managers and public authorities. This is a cross-sectional and analytical study, with a qualitative and quantitative approach, carried out during a research project at the Clinical School of Physiotherapy of the State University of Paraíba, Campus I, and at the Institute of Education and Assistance to the Blind in the Northeast, in Campina Grande. , Paraíba, Brazil. The collection was carried out in June 2022. The sample consisted of 31 people with physical or visual disabilities, over 18 years old, with a complete vaccination schedule against COVID-19. People with more than one type of disability were excluded. For data collection, the Health Needs Assessment Instrument of People with Physical, Hearing and Visual Disabilities and subjective questions about the personal experience of the participants in the context of the pandemic were used. Quantitative data were analyzed and exposed using the statistical software Statistical Package for Social Science - SPSS version 20.0. Subjective questions were submitted to Thematic Content Analysis. The study complied with all the ethical procedures recommended by Resolution No. 466, of December 12, 2012, issued by the National Health Council. The results show that males correspond to 64.5% of the sample and 35.5% correspond to females. Among men, 25% are physically disabled and 75% are visually impaired. Among women, 36.4% have physical disabilities and 63.6% have visual impairments. When analyzing the factor causing disability between the sexes, it was observed that among women the congenital factor and pathology presented equal percentages of 36.4%, whereas among men, the incidence is higher due to pathological causes, 50%. The mean age was 38.18 for women and 41.5 for men. Regarding health needs, the following were found: need to get orthotics, difficulty in accessing social services, difficulty in accessing health information, need for help to reach health services, lack of home care and multidisciplinary care. Therefore, it is concluded that the pandemic affected the rehabilitation process and the studies of people with disabilities. As for current health complaints, the most reported were: pain, anxiety attacks and depression.

Keywords: Disabled Persons. Coronavirus Infections. Health Services Accessibility.

1 INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, a história humana registrada é rica em descrições de doenças infecciosas, surtos e pandemias ocasionais. Surgindo como uma variante do vírus denominado coronavírus, o primeiro caso da COVID-19 é relatado como sendo detectado na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Antes mesmo que o surto inicial fosse detectado, o novo coronavírus não pôde ser contido devido à fácil e rápida mobilidade dos humanos entre os continentes e logo foram registrados casos da doença por todo o país chinês e em outras áreas do mundo (STRATTON, 2020).

A COVID-19 é uma doença infecciosa que atinge as vias respiratórias e evolui para pneumonia em 81% dos casos, com uma taxa de mortalidade média de 2,3%. A infecção é causada pelo coronavírus 2, denominado SARS-CoV-2. De fácil e rápida transmissibilidade entre humanos, a contaminação se dá através do contato com fluidos das vias aéreas da pessoa contaminada, superfícies contaminadas e por partículas microscópicas suspensas no ar. A doença pode se apresentar de forma assintomática ou leve, no entanto, febre e tosse estão presentes na maioria dos pacientes. Uma das formas graves da doença é caracterizada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que requer internação em terapia intensiva (CASTRO; GARCEZ; SILVA, 2021; COSTA, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, o surto da COVID-19 foi declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional”, e em 11 de março de 2020, como uma pandemia (THELWALL; LEVITT, 2020). No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença foi registrado no dia 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo. Na região Nordeste, o primeiro caso foi confirmado no dia 06 de março, no estado da Bahia. Na Paraíba, a confirmação do primeiro caso se deu em 18 de março de 2020 (BRASIL, 2020; COSTA; TAVARES; CLEMENTE, 2020).

Desde então, a OMS tem divulgado documentos contendo recomendações para a adesão de medidas de saúde pública para prevenção como o uso de máscara para todos, medidas de higiene pessoal e, inclusive, o isolamento social (OMS, 2020).

A pandemia de COVID-19 teve impactos bastante desiguais nos diferentes setores da sociedade. Levando em consideração esta afirmativa, a OMS divulgou um documento com orientações especiais para pessoas consideradas vulneráveis (as chamadas “grupo de risco”) que inclui idosos, portadores de doenças crônicas e pessoas em tratamento de outras enfermidades. Em 26 de março, a OMS divulgou um documento afirmando que as pessoas com deficiência (PcD) também faziam parte do grupo de risco (THELWALL; LEVITT, 2020).

O conceito de vulnerabilidade é definido como a suscetibilidade de um indivíduo ao adoecimento, empregando fatores determinantes denominados dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática, que compreendem respectivamente os aspectos biológicos, socioculturais e econômicos, e menciona recursos necessários para a qualidade de vida dos indivíduos (AYRES *et al.*, 2006).

Outrossim, alguns estudos apontam que vulnerabilidade e risco geralmente estão associados às situações de carência e exclusão social. Um segmento que convive diariamente com situações que aumentam sua vulnerabilidade é o das PcD (ARAGÃO *et al.*, 2016).

A OMS desenvolveu sistematicamente uma conceituação comum para uma abordagem a fim de medir a incapacidade. O trabalho da OMS está baseado em dois princípios: primeiro, pontua que a deficiência é uma experiência humana universal e não a marca de uma minoria e, em segundo, que a incapacidade não está apenas vinculada à uma condição de saúde específica caracterizada por sintomas e sinais. Possuir Limitações Físicas (PLIMs), ter dificuldades para realizar Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades

Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) tem um impacto significativo na vida de uma pessoa (CIEZA *et al.*, 2018).

Apesar de estarem em maior risco de danos, estudos apontam que as pessoas com deficiência estão menos preparadas e mais vulneráveis em situações de desastres. É necessário considerar os resultados de pesquisas anteriores que dedicaram atenção ao estudo a respeito dos caminhos cognitivos, sociais e individuais que explicam o porquê de diferentes tipos de deficiências inferirem nos comportamentos de preparação. Ademais, é necessário compreender as barreiras vivenciadas pelas PcD (ADMS; EISENMAN; GLIK, 2019).

Emergências de saúde - como a pandemia da COVID-19 – levantam muitas questões sobre como controlar e combater adequadamente a transmissão de uma determinada doença. O objetivo principal é manter a população informada e segura. Entretanto, é necessário ressaltar que as pessoas com deficiências sensoriais, como a deficiência visual, têm dificuldade ao acesso de informação, uma vez que estas informações são atualmente mais propagadas pelas mídias digitais. Os níveis de privação destas pessoas também são mais altos (SCHIARITI, 2020; ARMITAGE; NELLUMS, 2020).

No concernente à higiene, é válido ressaltar que também é uma atividade dificultada pela deficiência. Segundo o estudo de Julião e colaboradores (2013), é evidenciado que a maioria das pessoas com deficiência visual que procuram pelos atendimentos no Instituto de Cegos do Brasil Central (ICBC), apresenta dificuldades ou incapacidades para desenvolver rotinas da vida cotidiana.

No contexto da pessoa com deficiência física também é possível identificar fragilidades com relação aos cuidados de saúde. Por possuírem na maioria das vezes um estigma, uma marca corporal evidente, tais indivíduos enfrentam preconceito e a dificuldade de interação com o meio construído. Além disso, a falta de acessibilidade – marca registrada da maioria do espaço brasileiro – afeta diretamente a vida das PcD, não permitindo que estas pessoas se mobilizem com liberdade. Dificuldade vivenciada inclusive dentro de suas próprias residências (GERALDI, 2010).

Considerando todas estas limitações e as implicações sociais geradas pela pandemia da COVID-19, as PcD podem apresentar maior vulnerabilidade no comprometimento de suas necessidades de saúde. Desta forma, este estudo objetivou traçar o perfil epidemiológico e analisar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física ou visual, diante da pandemia de COVID-19. Tornou-se propício traçar o perfil epidemiológico desta população e os impactos da pandemia que foram gerados, para que haja promoção de melhorias nas condições de saúde e o fornecimento de recursos pelos gestores de saúde e das autoridades públicas. Diante disso, o estudo teve como pergunta norteadora: Qual o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde das pessoas com deficiência física ou visual após dois anos do início da pandemia de COVID-19?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Notas históricas e conceituais sobre a deficiência

As limitações físico-funcionais, decorrentes das mais diversas doenças, sempre foram comuns na história da humanidade. Há, inclusive, registros onde é mencionado pessoas com deficiência nas grandes civilizações grega e romana (CASTRO *et al.*, 2008). O vasto acervo documentário sobre a história da deficiência assegura que doenças incapacitantes, assim como as próprias deficiências, são tão antigas quanto a própria vida. E tão antigo quanto as deficiências, é também o estigma e o preconceito que as cercam (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Ao longo dos anos, diversas sociedades cometeram inúmeros crimes e atrocidades, por considerarem qualquer tipo de deficiência como impureza. Indivíduos com algum tipo de comprometimento físico e/ou mental não podiam participar normalmente da sociedade. Eram mantidos escondidos em suas residências, internados em instituições e, até mesmo, banidos com a morte. Com o surgimento do regime totalitarista da Alemanha nazista e a criação do programa de Eugénismo “vida que não merecia ser vivida”, cujo alvo das atrocidades eram as pessoas com deficiências físicas, mentais e pessoas com doenças incuráveis, 275.000 pessoas foram assassinadas (BERNARDES *et al.*, 2009; PEREIRA; SARAIVA, 2017).

O percurso histórico das pessoas com deficiência no Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, foi caracterizado por uma fase inicial de exclusão e eliminação. Considerando os aspectos importantes desta conjuntura, os “ecos históricos” apontam raízes de eliminação nas atrocidades praticadas por povos indígenas como a prática de infanticídio contra crianças que nasciam com alguma deficiência. Relatos históricos também descrevem os maus tratos contra escravos que, acarretando em alguma deficiência como seqüela, traz a associação entre doença e deficiência (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Os primeiros relatos referentes à deficiência visual retratavam apenas a cegueira total, sem a menor menção acerca da baixa visão. Enquanto que em algumas civilizações ser cego era a personificação do pecado e do castigo divino, sendo realizadas punições a esta pessoa, em outras, os cegos eram vistos com funções místicas e transcendentais, o que lhes garantiam posições de respeito perante a sociedade. No entanto, a partir do século XVIII, com o advento do Iluminismo e com a ascensão das ideias científicas, a cegueira passou a ser estudada como doença, algo real e não místico, que poderia ser tratada ou minimizada (MIANES, 2020).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), “Deficiência” é um termo usado para descrever um problema na função e estrutura do corpo, devido a uma condição de saúde. Desta forma, a deficiência visual ocorre quando uma doença ou um trauma afeta o sistema visual e suas funções (OMS, 2019). A expressão “deficiência visual” se refere ao espectro que vai desde a cegueira até a visão subnormal, com alteração na capacidade funcional (ORTEGA *et al.*, 2019).

A cegueira total, ou perda total da visão, pode ser congênita ou adquirida. Normalmente, pesquisas de base populacional medem a deficiência visual usando a acuidade visual, categorizando-a, de acordo com a gravidade, como leve, moderada ou grave. A acuidade visual é uma medida não invasiva da capacidade do sistema visual de distinguir dois pontos no espaço: acuidade visual ao longe e acuidade visual ao perto. Atualmente, a cegueira total é diagnosticada quando a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 (OMS, 2019; ORTEGA, 2019).

A prevalência de deficiências a nível mundial é de 15,3% da população. Estima-se que 2,2 bilhões de pessoas no mundo possui deficiência visual (OMS, 2019). No Brasil, de acordo com o último Censo realizado em 2010, a deficiência visual apresenta maior ocorrência, afetando 18,6%, enquanto que a deficiência física afeta 7% da população. A região Nordeste lidera em número de pessoas com deficiência geral e deficiência física, com 26,63% e 7,78%, respectivamente. A Paraíba, por sua vez, ocupa a segunda posição no ranking dos estados brasileiros, com um percentual de 27,76% de PcD. O Rio Grande do Norte ocupa a primeira posição (BRASIL, 2012; IBGE, 2010).

O Decreto nº 5.296 de 2004, classifica deficiência física como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando, de maneira permanente, em perdas ou redução de alguma estrutura ou função anatômica, resultando assim em incapacidade. Podendo apresentar-se na 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 (BRASIL, 2004).

Considerando o tipo de deficiência, as conceituações e implicações destas no contexto individual das PcD, a legislação brasileira, orientando-se pelas proposições difundidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e OMS, formaliza a Lei nº 7.853/89, denominada de Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. No entanto, foi em 1999 que a lei foi regulamentada através do Decreto nº 3.298/99, que preconizava que os órgãos e entidades públicas deveriam assegurar à PcD o exercício de seus direitos à saúde, educação, trabalho, lazer, entre outros (BERNARDES *et al.*, 2009).

2.1.1 Acessibilidade e atenção às necessidades de saúde das pessoas com deficiência

De acordo com o contexto histórico, somente diante do cenário pós Segunda Guerra Mundial, é que surgem propostas para a criação de políticas e programas assistenciais a fim de atender aos idosos, as crianças, aos mais pobres e as pessoas com deficiência, especialmente devido ao grande número de soldados mutilados durante a Guerra (CASTRO *et al.*, 2008).

No Brasil, a mobilização dos vários segmentos da população em prol das demandas sociais das PcD contribuiu para que o Estado assumisse a responsabilidade em desenvolver e implementar estratégias destinadas a atender as demandas desse grupo (SANTOS *et al.*, 2012).

Em se tratando das demandas sociais das PcD, é necessário discutir a respeito da acessibilidade. De acordo com Araújo (2015) apud Sasaki (2010), a acessibilidade é tratada em seis diferentes dimensões: arquitetônica, comunicacional, metodológica, instrumental, programática e atitudinal. Na perspectiva do autor mencionado, a acessibilidade está relacionada ao conjunto de ações que tem por objetivo assegurar com segurança e autonomia o acesso, a compreensão e a circulação das PcD em todos os ambientes, considerando que a acessibilidade destas pessoas perpassa o acesso arquitetônico e comunicacional (ARAÚJO, 2015).

No âmbito legal, a temática começa a ganhar visibilidade a partir da Constituição Federal de 1988. O art. 244 destaca a importância da adaptação dos edifícios de uso público, logradouros e de veículos coletivos a fim de garantir a acessibilidade às PcD (ARAÚJO, 2015). A Lei nº 10.098/2000 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000).

Além disso, é necessário destacar que as PcD relatam mais necessidades de saúde não atendidas. As barreiras a esse acesso podem ser classificadas em três categorias: estrutural, financeira e pessoal/cultural (CONDESSA *et al.*, 2020). Neste sentido, a Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência (Portaria nº 10.060/2002), tem como prioridade reabilitar a PcD, colaborando para a sua inclusão social e assegurar a atenção à saúde a fim de evitar danos e agravos a estas pessoas, como também prevenir o surgimento de uma outra deficiência (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com a Política, as diretrizes que norteiam as estratégias a serem implementadas nas três esferas de gestão e as parcerias institucionais baseiam-se em: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de doenças; a atenção integral à saúde; melhorias dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização do funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

De acordo com Machado e colaboradores (2018), a assistência a essa população deve considerar que, além da atenção à saúde específica da sua própria condição, essas pessoas também podem ser acometidas por doenças comuns aos demais, necessitando, desta forma, de outras assistências além daquela voltada apenas para sua deficiência.

Para Othero e Ayres (2012), as necessidades de saúde estão agrupadas em quatro grandes conjuntos: apesar de considerar que as diferentes formas de viver impliquem em

diferentes necessidades, “ter boas condições de vida” é o primeiro conjunto; acesso ao consumo de tecnologias, dentre as quais estão as leve, leve-dura e dura, ressaltando que as mesmas são capazes de melhorar e/ou prolongar a vida; a criação de vínculos afetivos e efetivos entre os usuários e profissionais de saúde, considerando a necessidade e a importância do usuário ser assistido de acordo com as suas subjetividades; e conquistar cada vez mais autonomia no “modo de andar a vida”, é o quarto conjunto traduzido pelos autores.

Como já mencionado, em relação à saúde da PcD no Brasil, é incontestável que as políticas públicas através do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitaram mudanças, entretanto, em relação às práticas concretas de saúde, é necessário salientar que, muitas vezes, estas não incluem os saberes, os valores e as necessidades daqueles que são assistidos. É verídico que as informações procedentes e válidas sobre as necessidades de saúde das PcD misturam-se a dados distorcidos por estereótipos e preconceitos (OTHERO; AYRES, 2012).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter transversal e analítico, com abordagem quali-quantitativa, realizado durante projeto de pesquisa na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, e no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, em Campina Grande, Paraíba, Brasil. A coleta foi realizada no mês junho de 2022.

Após análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, com nº de cadastro 5.436.421, conforme (ANEXO B), os participantes foram convidados a participar do projeto “Impacto da pandemia de COVID-19 nas condições de vida e saúde das pessoas com deficiência”.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo atendeu a todos os procedimentos éticos recomendados pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde.

A amostra foi composta por 31 pessoas, de ambos os sexos, com deficiência física ou visual, acima de 18 anos, com esquema vacinal contra COVID-19 completo, usuários da CEF da UEPB e pelos alunos do Instituto dos Cegos. Foram excluídas pessoas com mais de um tipo de deficiência.

Considerando a discussão de Araújo (2015) sobre acessibilidade, onde a mesma é tratada em seis diferentes dimensões: arquitetônica, comunicacional, metodológica, instrumental, programática e atitudinal, e corroborando com o estudo de Othero e Ayres (2012), no qual os autores agrupam os conceitos de necessidades de saúde em quatro grandes conjuntos: “ter boas condições de vida”; acesso ao consumo de tecnologias; a criação de vínculos afetivos e efetivos entre os usuários e profissionais de saúde; e “modo de andar a vida”; optou-se por utilizar nas coletas de dados o Instrumento de Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual (IANS-PcDFAV) (ANEXO A), desenvolvido e validado por Belmiro (2016).

De acordo com a autora, esse instrumento possibilita a avaliação das necessidades autorreferidas pelas próprias pessoas com deficiência, seguindo as recomendações da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, da qual o Brasil é signatário. E que o IANS-PcDFAV é inovador pois garante a autonomia e visibilidade das pessoas com deficiência nos processos decisórios referentes às suas vidas (BELMIRO, 2016). A segunda etapa da entrevista foi composta por perguntas subjetivas, conforme (APÊNDICE A), onde foram destacados questionamentos sobre a experiência pessoal de cada participante diante da pandemia de COVID-19.

Os dados quantitativos (sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, cor/raça, situação atual de trabalho, renda, tipo e fator causador da deficiência e comorbidade) foram analisados

e expostos usando o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science - SPSS* versão 20.0. Como os resultados apresentaram-se basicamente de forma descritiva, foram utilizadas tabelas, com frequências relativas e absolutas, e médias.

Para a análise do instrumento IANS-PcDFAV e categorização dos participantes quanto a sua pontuação, utilizaram-se os critérios sugeridos pela autora de validação do instrumento (BELMIRO, 2016).

As perguntas subjetivas foram expostas a partir da análise de conteúdo temática, após categorização das respostas. O método de análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas usadas para analisar dados qualitativos. São, basicamente, três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2010, p.95).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na Tabela 01, são apresentadas as características sociodemográficas relativas à amostra.

Os resultados apontam que dentre os participantes, a maioria é do sexo masculino 64,5%, sendo que 35,5% corresponde ao sexo feminino. Observa-se que os dados encontrados em relação ao sexo não corroboram com os dados do último censo demográfico. Neste, é descrito uma prevalência maior de deficiência nas mulheres (BRASIL, 2012).

Entre os homens, 25% apresentam deficiência física e 75% apresentam deficiência visual. Já entre as mulheres, 36,4% apresentam deficiência física e 63,6%, deficiência visual.

Em relação ao tipo de deficiência no sexo feminino, os dados condizem com o último censo, onde a deficiência visual é mais prevalente (21,4%) do que a motora (8,5%) (BRASIL, 2012).

Tabela 01- Características sociodemográficas de pessoas com deficiência física ou visual. Clínica Escola de Fisioterapia; Instituto dos Cegos de Campina Grande, PB, Brasil, 2022. N=31.

Variáveis	Tipo de deficiência				
	Física		Visual		
	n	%	N	%	
Idade	18-38	6	66,7%	10	45,5%
	39-59	2	22,2%	11	50,0%
	60-80	1	11,1%	1	4,5%
Religião	Não adere	1	11,1%	1	4,5%
	Católica	6	66,7%	13	59,1%
	Protestante	2	22,2%	4	18,2%
	Cristão	0	0,0%	4	18,2%
Cor/raça	Branco	1	11,1%	8	36,4%
	Pardo	7	77,8%	8	36,4%
	Preto	1	11,1%	6	27,3%
	Indígena	0	0,0%	0	0,0%
Estado civil	Casado	0	0,0%	6	27,3%
	Viúvo	1	11,1%	0	0,0%
	Divorciado	2	22,2%	2	9,1%
	Solteiro	6	66,7%	14	63,6%

	Analfabeto	0	0,0%	2	9,1%
	Fundamental incompleto	1	11,1%	2	9,1%
	Fundamental completo	1	11,1%	1	4,5%
Escolaridade	Médio incompleto	1	11,1%	3	13,6%
	Médio completo	6	66,7%	12	54,5%
	Superior incompleto	0	0,0%	0	0,0%
	Superior completo	0	0,0%	2	9,1%
	Aposentado	7	77,8%	16	72,7%
	Trabalhando	0	0,0%	2	9,1%
	Aposentado e trabalhando	0	0,0%	2	9,1%
Trabalho atual	Desempregado	2	22,2%	2	9,1%
	<1	0	0,0%	1	4,5%
	1	8	88,9%	19	86,4%
Renda mensal	>1	1	11,1%	2	9,1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A média de idade foi de 38,18 para as mulheres e de 41,5 para os homens. Sendo que as idades variaram de 19 a 79 anos. De acordo com Censo de 2010, quando avaliado por faixa etária, 18,65% da população entre 35-39 anos apresentam pelo menos um tipo de deficiência. No segmento de 40-44 anos, o percentual foi de 29,19%. Observa-se que a partir deste último grupo, a prevalência da deficiência cresceu acentuadamente (BRASIL, 2012).

É importante destacar o percentual de pessoas com nível de instrução correspondente a ensino médio completo - deficiência física (66,7%) e deficiência visual (54,5%) - uma vez que este dado contrapõe as informações do último Censo demográfico. De acordo com o Censo de 2010, a região Nordeste teve o maior percentual de PcD sem instrução e fundamental incompleto, com taxa de 67,7% (BRASIL, 2012).

Quando analisado o fator causador da deficiência entre os sexos, observou-se que entre as mulheres o fator congênito e patologia apresentaram percentuais iguais (36,4%), já entre os homens, a incidência é maior por causas patológicas (50%).

Tabela 02 – Aspectos epidemiológicos das pessoas com deficiência física ou visual. Clínica Escola de Fisioterapia; Instituto dos Cegos de Campina Grande, PB, Brasil, 2022. N=31.

Variáveis	Tipo de deficiência				
	Física		Visual		
	n	%	n	%	
Fator causador	Congênita	1	11,1%	10	45,5%
	Patologia	4	44,4%	10	45,5%
	Trauma	4	44,4%	2	9,1%
	Outro	0	0,0%	0	0,0%
	Não refere	7	77,8%	17	77,3%
Comorbidade	Hipertensão	1	11,1%	2	9,1%
	Diabetes	1	11,1%	3	13,6%
	Outro	0	0,0%	0	0,0%

COVID	Sim	1	11,1%	3	13,6%
	Não	8	88,9%	19	86,4%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em ambos os tipos de deficiências, observa-se um significativo percentual de incidência causada por patologias. De acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), as principais causas de deficiência visual são: erros de refração não corrigidos, catarata e Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI). Já entre as causas de cegueira, estão: catarata, erros refrativos não corrigidos, glaucoma e retinopatia diabética (CBO, 2019).

Já em relação à deficiência física, pode-se citar como as causas predominantes as doenças crônicas não transmissíveis e as lesões medulares (NOGUEIRA *et al.*, 2016). De acordo com Santos e colaboradores (2014), em um estudo realizado para avaliar as causas de deficiência física em municípios do nordeste, observou-se que doenças adquiridas como encefalopatia não progressiva e sequelas de Poliomielite tiveram percentuais significativos.

Ademais, cabe ressaltar o percentual de incidência por trauma. No Brasil, os acidentes de trânsito ainda são uma das principais causas de deficiência física. A violência no trânsito confere ao Brasil uma realidade distinta de outros países, onde a incidência de deficiência física é prevalentemente causada por doenças crônicas não transmissíveis e decorrentes do envelhecimento (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Um outro achado que merece discussão é o fator congênito, principalmente na população com deficiência visual, o que pode estar associado à falta de informação e pré-natal inadequado durante a gestação. As infecções maternas, além de aumentar a taxa de morbimortalidade perinatal, podem também ocasionar sequelas irreversíveis à saúde do neonato. Referente à saúde ocular, doenças como retinoblastoma, retinopatia, catarata, glaucoma, entre outras, são comumente decorrentes das infecções acometidas na gestação e que, com um diagnóstico precoce durante o pré-natal, aumentam as chances de um tratamento bem sucedido (PEREIRA, 2017).

Com relação à contaminação pela COVID-19, apesar do pequeno quantitativo ter alegado que contraiu a doença, sete pessoas afirmaram ter apresentado sintomas característicos da doença, porém não confirmaram a hipótese diagnóstica através de exames.

O Instrumento de Avaliação de Necessidades de Saúde de Pessoas com Deficiência Física, Auditiva e Visual (IANS-PcDFAV) é composto por quatro domínios, conforme (ANEXO A):

Domínio 1 - Garantia de acesso a todas tecnologias que melhoram e prolonguem a vida

Neste domínio, os participantes foram questionados sobre “necessidade de receber assistência multiprofissional”, “necessidade de conseguir órteses”, “realização de exames”, “necessidade de informações”.

O acesso aos serviços de saúde e as tecnologias disponíveis para a promoção das mesmas é um direito que não pode ser retirado das pessoas com deficiência, mesmo que a forma de sistematização da assistência tenha que ser repensada e modificada.

Tecnologia Assistiva (TA) é um termo relativamente novo que surgiu oficialmente na legislação estadunidense (SOUSA; MESQUITA, 2020). No Brasil, a Lei nº 13.146/2015, chamada de Lei Brasileira de Inclusão, ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, conceitua Tecnologia Assistiva como produtos, recursos, metodologias e estratégias práticas que

objetivam promover a funcionalidade relacionada à atividade e participação da pessoa com deficiência visando a sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2015a).

Os produtos do Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva são categorizados segundo sua finalidade, são eles: produtos de apoio ao tratamento médico; produtos de apoio à formação de competências; órteses e próteses; produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção; produtos de apoio à mobilidade pessoal; produtos de suporte para atividades domésticas; móveis e adaptações para habitação; produtos para manejo de objetos e produtos de apoio à comunicação e informação (BRASIL, 2014).

Ainda a respeito da importância da tecnologia para a promoção da saúde da PcD, a atenção domiciliar – que é caracterizada como uma tecnologia leve – é um importante instrumento que possibilita aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) adentrar nos ambientes familiares e na comunidade e prestar um cuidado multiprofissional. As questões clínicas, geográficas, sociais, grau de acesso ao serviço e as questões relacionadas à vulnerabilidade individual, familiar e social, são os critérios que definem a inclusão e a frequência das visitas (ANDRADE *et al.*, 2014; SAVASSI, 2016).

De acordo com os achados do estudo, o item mais assinalado quando questionados sobre atendimento por equipe multiprofissional foi (Nada – 0 pontos) e quando questionados sobre a necessidade de conseguir órteses, o item mais assinalado foi (muito – 3 pontos). De acordo com a análise descritiva de todos os questionamentos que compõem o domínio, observou-se um nível alto de necessidade de garantia de acesso a todas tecnologias que melhoram e prolonguem a vida.

Domínio 2 – Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde

Este domínio é composto pelos seguintes questionamentos: “consegue se comunicar com os profissionais de saúde?”, “os profissionais que realizam seu atendimento são capacitados e sensibilizados para atender todas as suas necessidades?”, “você recebe atendimento domiciliar por profissionais capacitados?”.

Para Sassaki (2010), acessibilidade comunicacional pode ser definida como a acessibilidade sem barreiras na comunicação interpessoal, língua de sinais e escrita, incluindo textos em braile.

Othero e Ayres (2012) chama a atenção para a importância da relação profissional-usuário, classificando-a como a questão central para a resolutividade em saúde. A capacidade de escuta e diálogo no acolhimento é uma estratégia relevante nas propostas de humanização e cuidado em saúde. A criação de vínculos afetivos e efetivos entre profissional e a PcD deve se pautar em uma relação de referência e confiança, contínua, pessoal e intransferível, onde o respeito as subjetividades é o cerne da relação.

Condessa e colaboradores (2020) em seu estudo sobre as barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde, observou que o fator facilitador à comunicação mais prevalente foi profissionais para acolhimento. De acordo com o estudo, a presença de profissionais para o acolhimento de pessoas com deficiências sensoriais – que deve estar presente em todos os serviços de saúde – é relatada em apenas 21% das unidades.

Medeiros e colaboradores (2017) destaca a importância da comunicação no acolhimento da pessoa com deficiência visual. Os autores observaram em seu estudo que, na categoria acessibilidade de comunicação nos serviços de saúde, a falta de acessibilidade inicia-se na recepção, ou seja, na porta de entrada dos serviços, o que para os autores, tal situação se traduz em uma barreira atitudinal, que contribui para a o afastamento e isolamento social da PcD.

A respeito das barreiras atitudinais, são exemplos bastante comuns: a omissão, a ignorância, a discriminação, o preconceito e o estigma. Pode-se citar, ademais, a utilização de rótulos, de adjetivações e a substantivação da PcD (MELO, 2011).

Um outro fator questionado neste domínio levanta a discussão sobre o atendimento domiciliar. O atendimento domiciliar é uma estratégia primordial extra-institucional de saúde que viabiliza a Atenção Primária à Saúde (APS) e fortalece o desenvolvimento de alternativas para a assistência da PcD. A partir das visitas e da formação de vínculo, é possível conhecer e observar as necessidades da PcD e da sua família, o que possibilita traçar e desenvolver ações objetivas e eficazes para a prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e educação em saúde (BRASIL, 2016).

É necessário destacar que no contexto da pandemia, a atenção domiciliar se apresentou como uma opção para alcançar os objetivos estratégicos do SUS na resposta à pandemia: para interromper a transmissão; identificar, isolar e tratar dos infectados precocemente; continuidade de cuidado para o paciente após alta hospitalar (SAVASSI *et al.*, 2020).

No entanto, observou-se a partir deste domínio que o atendimento domiciliar destinado à PcD ainda não é uma prática frequente e contínua. Na análise descritiva deste domínio, o item mais assinalado foi (mais ou menos – 2 pontos). Observou-se, desta forma, um nível intermediário de necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde. Apesar disso, é necessário dar ênfase a falta de atendimento domiciliar para a PcD, pois vai contra a acessibilidade, continuidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado, que são características preconizadas pelo SUS.

Domínio 3 – Necessidade de resposta às más condições de vida

Neste domínio os participantes foram questionados sobre “suporte para cuidar do lar”, “suporte para mover-se na rua ou no trabalho”, “dificuldades para conseguir transportes para chegar aos serviços de saúde”, “adaptações no lar para melhor mobilidade”.

No estudo de Medeiros e colaboradores (2017) foi observado que quando questionados sobre o deslocamento aos serviços de saúde, os participantes relataram que sentem a necessidade de acompanhantes, o que pode ser explicado pela sensação de medo e insegurança frente as barreiras arquitetônicas e sociais. Ademais, os participantes destacaram dificuldades relacionadas a estrutura física das ruas e dos serviços de saúde. “Calçadas”, “pisos escorregadios” e “ausência de corrimão”, foram algumas queixas expostas no estudo dos autores.

Uma outra questão a ser discutida é a acessibilidade geográfica - que trata sobre a disposição espacial dos serviços de saúde - o que implica na necessidade de transportes para locomoção (CASTRO, 2011). Ao contrário do que ocorre hoje com os idosos, não há garantia de gratuidade nos transportes públicos para a PcD. Acontece que, em alguns municípios por meio de legislação local, a gratuidade é estabelecida apenas mediante comprovação de carência financeira.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) define acessibilidade como “a possibilidade e condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos” (ABNT, 2004, p.4). A acessibilidade promove independência, liberdade de ir e vir, de poder cuidar de si e, desta forma, promove autonomia. Para a PcD, acessibilidade é de inestimável importância uma vez que influencia diretamente na sua qualidade de vida (GASPAROTO; ALPINO, 2012).

A acessibilidade depende de condições ambientais, infraestrutura adequada e das possibilidades de locomoção. O ambiente isento de barreiras arquitetônicas viabiliza o uso de recursos/adaptações de TA, como por exemplo: andador, muletas, cadeiras de rodas e cadeiras

de banho, entre outras; o que, como consequência, possibilita o desempenho das AVDs (ABNT, 2004; GASPAROTO; ALPINO, 2012).

Em se tratando de acessibilidade domiciliar, o desenvolvimento das habilidades funcionais proporciona ao indivíduo a possibilidade de realizar seu autocuidado, locomoção e comunicação. A eliminação das barreiras arquitetônicas favorece as práticas das AVDs, como: higiene, alimentação, vestuário, transferências entre ambientes. Em outras palavras, o desenvolvimento das habilidades funcionais possibilita a PcD satisfazer suas necessidades básicas e, desta forma, assegura maior independência e participação no ambiente domiciliar (GASPAROTO; ALPINO, 2012).

No domínio em discussão, observou-se que, apesar da maioria dos participantes não conterem adaptações em seus lares, os mesmos relataram independência nas atividades de autocuidado, como higiene e vestuário, e locomoção dentro de casa. Em relação aos cuidados com a casa e alimentação, relataram ter ajuda. Observou-se, ademais, total dependência para locomoção fora de casa. A partir deste domínio, observou-se um nível intermediário de necessidade em relação à resposta às más condições de vida.

Domínio 4 – Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”

Este domínio é composto por tais questionamentos: “necessidade de ajuda para acessar serviços sociais”, “acesso a informações de saúde suficientes e de forma clara”, “consegue ter acesso aos benefícios e direitos sociais garantidos por lei?”, “as políticas públicas assistenciais atendem suas necessidades individuais?”.

De acordo com o art.39 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, os serviços, os programas e os benefícios no âmbito da política pública de assistência social à PcD e sua família, tem o objetivo de garantir a segurança de renda, do acolhimento, da habilitação e reabilitação e de possibilitar o desenvolvimento da autonomia e da participação familiar e comunitária, a fim de promover a plena participação social (BRASIL, 2015b).

Ainda se tratando do direito à assistência social, o art.40 deixa explícito que é assegurado à PcD que não possua meios de garantir sua subsistência o benefício mensal de 1 (um) salário mínimo. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política de assistência social garantida na Constituição de 88 e regulamentada pela Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS). Corroborando com este artigo, o art.41 que trata do direito à previdência social, assegura que é garantido à PcD o direito à aposentadoria, nos termos da Lei Complementar nº 142/13 (BRASIL, 2015b).

Santos (2011) observou no seu estudo sobre o impacto do benefício na vida das PcD que, dos 30 participantes da pesquisa, treze pessoas tem o BPC como única fonte de renda familiar e dezessete tem o benefício como a principal fonte de renda da família. O autor destaca que tanto o caráter restritivo do benefício (critério de elegibilidade) quanto o valor de um salário mínimo, explicam a persistência da situação de vulnerabilidade social das PcD beneficiadas pelo BPC.

É importante destacar que com a pandemia da COVID-19, e a consequente crise econômica, as despesas da grande maioria das famílias brasileiras aumentaram. E não é diferente com as PcD. Considerando que o Brasil, assim como outros países, é signatário da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e que tal documento tem como objetivo proteger, promover e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos às PcD, o contexto da pandemia evidenciou e reforçou inúmeros desafios para o cumprimento dos objetivos supracitados (SALDANHA *et al.*, 2021).

A pandemia também evidenciou a importância da educação na prevenção de doenças e promoção da saúde. Em relação às informações divulgadas em meios midiáticos sobre a COVID-19, encontraram-se 33 vídeos, disponíveis nos sites oficiais das entidades

governamentais e plataforma digitais, publicados de março de 2020 a fevereiro de 2021. No entanto, apesar da intenção de cumprir os dispositivos da Lei de Inclusão da Pessoa com Deficiência, observou-se que os números de visualizações foram restritos em relação ao quantitativo de PcD no país (REICHENBERGER *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2021).

Costa e colaboradores (2021) figuram como justifica a essa baixa visualização a limitação para a compreensão do conteúdo dos vídeos, que se relaciona ao tipo de deficiência, falta de acessibilidade comunicacional, a pouca divulgação sobre a produção e barreiras linguísticas. O autor destaca que é indispensável que os produtores minimizem essa dificuldade de acessibilidade pelas PcD e suas famílias, através do uso de linguagem acessível, imagens atrativas e audiodescritivas, legendas e interpretes de libras.

Observou-se que neste domínio os itens mais assinalados foram (muito - 3 pontos) quando questionados sobre a necessidade de ajuda para acessar os serviços e direitos sociais e (muito pouco - 1 ponto) quando questionados sobre o acesso a informações de saúde de forma clara e de fácil entendimento. Os participantes relataram, além disso, que o benefício supre de forma (mais ou menos - 2 pontos) suas necessidades individuais. A partir deste domínio, observou-se um nível alto de necessidades em relação à necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”.

Analisando as falas dos participantes, suas respostas mais frequentes foram elencadas em duas categorias principais: (01) Enfrentamento da pandemia de COVID-19 e (02) Queixas atuais de saúde.

Categoria (01): Enfrentamento da pandemia de COVID-19

Alguns relatos a seguir podem ilustrar como foi a experiência do isolamento social e enfrentamento da pandemia pelas PcD:

“Atrapalhou muito minha reabilitação. Passei quase um ano e seis meses sem atendimento” (VMV, 34 anos, deficiência física).

“Foi muito difícil pra mim. Muito estressante. Precisei de ir para a UPA com infecção urinária por causa da sonda vesical e foi muito complicado o atendimento. Fiquei com psicológico abalado” (DFP, 28 anos, deficiência física).

“Foi muito complicado porque tive várias perdas de pessoas especiais. Fiquei mais de um ano em depressão. Não saía do quarto. Perdi 20 quilos” (TLV, 43 anos, deficiência visual).

“Atrapalhou meu trabalho e minha comunicação com meus alunos” (MMS, 47 anos, deficiência visual, professora).

“Atrapalhou totalmente minha reabilitação e locomoção” (EVS, 50 anos, deficiência visual).

“Atrapalhou muito meu processo de aprendizado. Tive que parar os estudos” (CT, 33 anos, deficiência visual).

As medidas tomadas para impedir a propagação do vírus influenciaram na rotina e estilo de vida das mais variadas populações. Medidas severas de prevenção e proteção, como o isolamento social; paralisação de serviços, comércio e alguns meios de transporte; e a falta de acessibilidade nos conteúdos propagados para informação intensificam a vulnerabilidade e exclusão das PcD (QI; HU, 2020).

A interrupção de serviços de saúde e de educação foi uma realidade mundial no contexto da pandemia. De acordo com Saldanha e colaboradores (2021), observou-se a interrupção de cerca de 87% das atividades ambulatoriais em alguns países da Europa, como

Itália, Bélgica e Reino Unido. A interrupção das internações para reabilitação, altas precoces e redução das atividades assistenciais atingiram milhões de PcD ao redor do mundo.

A grande maioria dos participantes relataram que o período da pandemia e o consequente isolamento social influenciaram de forma negativa no seu processo de reabilitação e de aprendizado. Tanto a clínica de Fisioterapia da UEPB, quanto o Instituto dos Cegos – ambos locais de pesquisa deste estudo - tiveram que interromper suas atividades durante a fase crítica da pandemia. Através das falas, é notório a relevância de ambos serviços na vida das PcD.

Categoria (02): Queixas atuais de saúde

As falas a seguir exemplificam os principais incômodos vivenciados pelas PcD:

“Meu psicológico e emocional não estão bem” (JSN, 38 anos, deficiência física).

“Tenho sentido muita ansiedade” (EFS, 25 anos, deficiência visual).

“Tenho ansiedade e depressão” (ALSR, 47 anos, deficiência visual).

“Fiquei com sequelas no pulmão depois da covid-19. Sinto cansaço e dor ao respirar. Meu psicológico também ficou abalado depois do meu acidente” (ECP, 23 anos, deficiência física).

“Sinto dor no estômago” (JCS, 50 anos, deficiência visual).

“Tenho dor de cabeça e no estômago” (GMS, 40 anos, deficiência visual).

No estudo de Magalhães, Azevedo e Souza (2021), observou-se que, durante as avaliações fisioterapêuticas e psicológicas feitas por tele atendimento, as queixas estavam principalmente relacionadas ao comprometimento dos músculos e das articulações, mudanças de humor e comportamento, ansiedade e estresse. A falta de assistência terapêutica durante este período acarretou em prejuízos das habilidades funcionais, influenciando, diretamente, na autonomia e na execução das AVDs das PcD.

Para Mendes e colaboradores (2020), a falta de interação com as pessoas extrafamiliar, a falta de prática de atividade e lazer, intensificaram o sentimento de carência que é comumente potencializado nas PcD, aumentando seu sofrimento psíquico e social, tornando-o mais sensível emocionalmente.

5 CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 alterou a rotina e o estilo de vida das pessoas em todo o mundo. Pessoas com e sem deficiência tiveram que reorganizar suas atividades diárias e aderir a medidas de proteção e prevenção impostas pelas entidades governamentais.

Verifica-se que as implicações da paralisação de alguns serviços e do isolamento social tiveram impactos negativos na reabilitação e nos estudos das pessoas com deficiência.

É importante destacar que as barreiras comunicacionais, atitudinais e institucionais resultam em níveis mais altos de necessidades, como necessidade de conseguir órteses, dificuldade de acesso aos serviços sociais, dificuldade de acesso às informações de saúde, necessidade de ajuda para chegar aos serviços de saúde, ausência de atendimento domiciliar e de atendimento multiprofissional, fazendo com que as PcD tenham mais dificuldade na resolutividade das suas necessidades individuais e sofram mais privações e exclusão.

Reconhece-se como dificuldades da pesquisa o fato de que alguns serviços, como a

CEF da UEPB, ainda realizam atendimentos respeitando as restrições impostas pela pandemia. Atualmente, a mesma atende um número reduzido de pessoas por dia, para evitar aglomeração.

Um outro fator que influenciou na amostra foi a paralisação do Instituto dos Cegos no período do recesso no mês de junho, impossibilitando as coletas com os alunos que estudam na instituição.

Devido aos impasses que interferiram nas coletas de dados, não foi possível obter uma quantidade maior de participantes, necessário para realizar o cálculo amostral. Desta forma, não foi possível a realização de testes estatísticos e não permite generalizações.

Faz-se necessário, então, a realização de estudos mais amplos para que se possa verificar a situação exata das pessoas com deficiência e suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ABNT. *NBR9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ADAMS, R. M.; EISENMAN, D. P.; GLIK, D. C. Community advantage and individual self-efficacy promote disaster preparedness: a multilevel model among people with disabilities. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 15, p. 1-18, 1 ago. 2019.

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.1, p.165-175, Brasília, 2014.

ARAGÃO, J. S. et al. Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3143-3152, out. 2016.

ARAÚJO, E. H. S. **Acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência na faculdade de direito da UFBA** [dissertação]. Universidade Federal da Bahia; 2015.

ARMITAGE, R.; NELLUMS, L. B. The COVID-19 response must include the disability **Elsevier Ltd.**, [S. l.], v. 5, p. 257, 21 maio 2020.

AYRES, J. R. C. M. et al. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Fiocruz, 2006. p.375-417.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.31-38, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR), Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **Cartilha do Censo 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, p.6-36, 2012.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Catálogo Nacional de Produtos de Tecnologia Assistiva**. 2014.

BRASIL. Estatuto da Pessoa com Deficiência -Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015a.QI

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID-19 (16)**, 18 maio 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2022.

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. Disponível em:

CASTRO, R. E. V.; GARCEZ, F. B.; SILVA, T. J. A. Patient care during the COVID-19 pandemic: don't leave delirium behind. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.43, n.2, p.127-128, 2021.

CASTRO, S. S. et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1773-1782, ago 2008.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.1, p.99-105, 2011.

CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. As condições de saúde ocular no Brasil 2019. 1 ed. 2019.

CIEZA, A. et al. Rethinking disability. **BMC Med**, [S. l.], v. 16, n. 14, p. 1-5, 2018.

CONDESSA, A. M. et al. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v.23, p.1-14, 2020.

COSTA, M. F. Modelo de crenças de saúde para determinantes de risco de infecção por coronavírus. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 54, n. 47, p. 1-12, 20 maio 2020.

COSTA, E. O.; TAVARES, M. O.; CLEMENTE, C. M. A COVID-19 na Paraíba: análise epidemiológica e social. **Rev. Diálogos em Saúde**, v.3, n.2, p.1-9, 2020.

COSTA, M. S. et al. Vídeos sobre COVID-19 para pessoas com deficiência: contribuições da análise à luz da teoria cognitiva de aprendizagem multimídia. *New Trends in Qualitative Research*, v.8, p.275-283, 2021.

GASPAROTO, M. C.; ALPINO, A. M. S. Avaliação da acessibilidade domiciliar e crianças com deficiência física. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v.18, n.2, p.337-354, 2012.

GERALDI, D. **Do estigma social à invisibilidade: a pessoa com deficiência física nas políticas públicas voltadas para a redução de desastres.** 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010 – População. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

JULIÃO, C. H. et al. A deficiência visual e o processo de construção da cidadania: um estudo no Instituto de Cegos do Brasil Central de Uberaba. **REFACS (online)**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 42-49, 2013.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto Contexto Enferm.**, v.27, n.2, p.1-9, 2018.

MAGALHÃES, P. H. S.; AZEVEDO, R. C. T. M.; SOUZA, B. M. D. Os impactos causados pela pandemia do coronavírus no cotidiano dos pacientes com deficiência do centro especializado em prevenção e reabilitação – Núcleo da APAE de Feira de Santana – Relato de Experiência. **Revista Apae Científica**, v.16, n.2, p.232-237, 2021.

MEDEIROS, T. M. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência visual nos serviços de saúde. **Rev Enferm UERJ**, v,25, p.1-6, Rio de Janeiro, 2017.

MELO, M. W. S. Acessibilidade na educação inclusiva: uma perspectiva além dos muros da escola. **Sitientibus**, n.44, p.113-127, Feira de Santana, 2011.

MENDES, A.; VINAGRE, A. B.; AMORIM, A. **Diálogos sobre acessibilidade, inclusão e distanciamento social: Territórios existenciais na pandemia**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 2020.

MIANES, F. L. Deficiência visual: olhares e possibilidades. **Momento: diálogos em educação**, v.29, n.3, p.192-207, set-dez, 2020.

NOGUEIRA, G. C. et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.10, p.3131-3142, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2020). Conselho sobre o uso de máscaras no contexto do COVID-19: orientação interina, 6 de abril de 2020. Organização Mundial da Saúde.

ORTEGA, M. M. **Condição da saúde bucal de pessoas com deficiência visual: análise da percepção, do acesso e da satisfação em relação aos serviços de saúde bucal**. [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2019.

ORTEGA, M. M. et al. Assistência em saúde bucal na percepção das pessoas com deficiência visual. **Cad. Saúde Colet.**, v.27, n.3, p.331-337, Rio de Janeiro, 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 - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.219-33, 2012.

PEREIRA, J. A.; SARAIVA, J. M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social**, v.19, n.40, p.168-185, 2017.

PEREIRA, L. G. Percepção das gestantes sobre o teste do reflexo vermelho como medida preventiva a saúde ocular do neonato. [Trabalho de Conclusão do Curso]. Faculdade Nova Esperança, Mossoró – Rio Grande do Norte, 2017.

QI, F.; HU, L. Including people with disability in the COVID-19 outbreak emergency preparedness and response in China. **Disability & Society**, v.35, p.848-853, 2020.

REICHENBERGER, V. et al. O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.29, n.5, p.1-6, 2020.

SALDANHA, J. H. S. et al. Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. **Cad. Saúde Pública**, v.37, n.9, p.1-21, 2021.

SANTOS, S. et al. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.559-568, 2014.

SANTOS, T. R. et al. Políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência: uma reflexão crítica. **Revista Ágora**, n.15, p.210-219, Vitória, 2012.

SANTOS, W. R. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p.787-796, 2011.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 8.ed. Rio de Janeiro: WVA, 2010.

SCHIARITI, V. The human rights of children with disabilities during health emergencies: the challenge of COVID-19. **Dev Med Child Neurol.**, [S. l.], v. 62, n. 6, p. 661, 2020.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 8.ed. Rio de Janeiro: WVA, 2010.

SAVASSI, L. C. M. et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.15, n.42, p.1-21, Rio de Janeiro, 2020.

SOUSA, S. C.; MESQUITA, A. M. A. Tecnologias Assistivas na escolarização de alunos com deficiência em Belém-PA. **RedDoc**, v.4, n.1, p.1-26, 2020.

STRATTON, S. J. COVID-19: It is not a simple public health emergency. **Prehospital and Disaster Medicine**, publicado online por Cambridge University Press, v. 35, n. 2, p. 119, 6 abr. 2020.

THELWALL, M.; LEVITT, J. M. Retweeting Covid-19 disability issues: risks, support and outrage. **El profesional de la información**, v. 29, n. 2, p.1-6, 2020.

World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1- Você acha que a pandemia de Covid-19 atrapalhou seu processo de reabilitação?

2- Fale sobre o período de isolamento social de acordo com a sua experiência.

3- Qual a importância da reabilitação para você?

4- Quais suas queixas atuais sobre sua saúde?

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL (IANS-PcDFAV)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, AUDITIVA E VISUAL (IANS-PcDFAV)

Número de identificação:

Data:

Dimensão 1 - Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhoram e prolonguem a vida.		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
		0	1	2	3	4
A1	Recebe atendimento de profissionais de saúde?(médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros)	0	1	2	3	4
A2	Tem necessidades de receber assistência de serviços de reabilitação? (fisioterapia, fonoaudiologia...)	0	1	2	3	4
A3	Tem necessidades de conseguir órteses? (palmilhas, coletes, talas plásticas, colar cervical para imobilização, joelheira, bengala, aparelho auditivo...) e Próteses? (próteses articular, prótese mamaria, lente intra ocular, prótese vascular)	0	1	2	3	4
A4	Precisa de informações sobre serviços de reabilitação? Por exemplo, serviço de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, além de disponibilidade dos serviços, proximidade, acessibilidade.	0	1	2	3	4
A5	Realiza exames necessários? Isto inclui profissionais capacitados para te ajudar, aparelhos e equipamentos acessíveis, acesso a informação e locomoção adequados.	0	1	2	3	4
A6	Recebe assistência de profissionais para Atender as suas necessidades de saúde? Por exemplo, prescrição de medicamentos, solicitação de exames, acesso a cuidados médicos no posto de saúde, especialistas e cuidados de saúde mental.	0	1	2	3	4

A7	Tem facilidade de entrar e se locomoverem hospitais, postos de saúde e clínicas?	0	1	2	3	4
A8	Tem acesso a equipamentos médico-hospitalares necessários para manutenção da sua sobrevivência? Como, por exemplo, tanques de oxigênio, camas adaptadas, cadeira de rodas, cateteres, coletores de urina, coxim para apoio demembros, curativos, entre outros	0	1	2	3	4
A9	Tem acesso a atividades e materiais educativos sobre saúde, doenças e qualidade de vida?	0	1	2	3	4

Dimensão 2 - Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
B1	Consegue se comunicar com os profissionais de saúde e trabalhadores das instituições de saúde?	0	1	2	3	4
B2	Os profissionais que realizam seu atendimento são capacitados e sensibilizados para atender as suas necessidades?	0	1	2	3	4
B3	Os profissionais que realizam seu atendimento conhecem todas as suas necessidades de cuidados?	0	1	2	3	4
B4	Recebe acompanhamento por profissionais que já conhecem suas necessidades e sua história de vida?	0	1	2	3	4
B5	Os profissionais que realizam seu atendimento respeitam sua privacidade, crenças, cultura, religiosidade, sexualidade, saberes e habilidades de comunicação?	0	1	2	3	4

B6	Os profissionais que realizam seu atendimento possibilitam o acompanhamento domiciliar com qualidade?	0	1	2	3	4
----	---	---	---	---	---	---

Dimensão 3 - Necessidade de resposta às más condições de vida.						
		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
C1	Tem suporte adequado para realizar seus cuidados diários? Por exemplo, comer, banhar-se, vestir-se, aparar pêlos, urinar, defecar, usar o banheiro.	0	1	2	3	4
C2	Tem suporte adequado para mover-se em casa, na rua ou no trabalho? Por exemplo, transferências entre ambientes, andar no interior de casa, andar na rua, locomoção em cadeira de rodas, usar escadas, usar órteses e próteses.	0	1	2	3	4
C3	Tem suporte adequado para cuidar de sua casa? Como, por exemplo, limpar a casa, preparar refeições, fazer compras, lavar roupas, usar o telefone, tomar medicamentos, organizar o orçamento.	0	1	2	3	4
C4	Tem suporte adequado para lembrar tarefas ou compromissos, para se orientar em relação ao tempo e espaço, para compreender e julgar situações, e de como se comportar diante de situações?	0	1	2	3	4
C5	Tem suporte adequado para se comunicar, ver, ouvir ou falar?	0	1	2	3	4
C6	Possui adaptações na sua casa que facilite sua vida? Por exemplo, rampas, ampliação de portas de cozinha ou banheiro e acessórios especiais.	0	1	2	3	4
C7	Tem dificuldades para conseguir e ter acesso a transportes para chegar aos serviços de saúde, segurança, lazer.	0	1	2	3	4

C8	É tratada com respeito quando necessita de ajuda?	0	1	2	3	4
C9	Tem suporte adequado para se comunicar, ver, ouvir ou falar?	0				

Dimensão 4 - Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida".

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
D1	Necessita de apoio/ajuda para acessar/utilizar serviços de cuidadores, serviços sociais de programas de benefícios públicos, entre outros.	0	1	2	3	4
D2	Tem acesso a informações de saúde suficientes, claras e fáceis de encontrar? Por exemplo, informações sobre a deficiência, tratamentos, remédios, sobre direitos legais e os serviços relacionados com a deficiência.	0	1	2	3	4
D3	Consegue ter acesso aos direitos e benefícios sociais garantidos por lei? Como, por exemplo, a isenção na tarifa de transporte coletivo e o benefício de um salário mínimo da Previdência Social.	0	1	2	3	4
D4	Necessita de apoio/ajuda para acessar/utilizar serviços de cuidadores, serviços sociais de programas de benefícios públicos, entre outros.	0	1	2	3	4
D5	As políticas públicas assistenciais atendem suas necessidades individuais?	0	1	2	3	4
D6	Tem facilidade de acessar os serviços dos direitos humanos para pessoas com deficiência?	0	1	2	3	4
D7	Tem prioridade no atendimento quando vai a hospitais, clínicas, postos de saúde e serviços de reabilitação?	0	1	2	3	4
D8	Necessita de ajuda para acessar espaços de lazer e convivência com outras pessoas? Como, por exemplo, teatros, campos de futebol, ginásios, igrejas, cinema, shoppings centers...).	0	1	2	3	4

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pesquisador: INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58400322.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.436.421

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado "Impacto da covid-19 nas condições de vida e saúde das pessoas com deficiência". Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa, que será desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba e no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste, em Campina Grande, no período de maio a agosto de 2022 e objetiva analisar os impactos da pandemia de Covid-19 nas condições de vida e saúde das pessoas com deficiência física ou visual. A população alvo do estudo são pessoas com deficiência física ou visual, usuários dos serviços acima citados, respectivamente. Os dados serão coletados utilizando o formulário IANS-PCDFAV e por um segundo formulário composto por questões subjetivas. Os dados quantitativos serão analisados e expostos utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

Objetivo da Pesquisa:

LE-SE:

Objetivo Geral

Analisar os impactos da pandemia de Covid-19 nas condições de vida e saúde das pessoas com

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

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



Continuação do Parecer: 5.426.421

deficiência física ou visual

Objetivos Específicos

- Realizar revisão integrativa sobre as condições de vida e saúde de pessoas com deficiência física ou visual;
- Buscar queixas atuais de saúde de pessoas com deficiência física ou visual e sua possível relação com a pandemia de COVID-19;
- Investigar as necessidades em saúde de pessoas com deficiência física ou visual;
- Traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico das pessoas com deficiência física em reabilitação na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba e de pessoas com deficiência visual cadastradas no Instituto de Educação e Assistência aos Cegos de Nordeste;
- Listar as facilidades ou dificuldades das pessoas com deficiência física ou visual participantes dessa pesquisa em consumir produtos e serviços biomédico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

LÊ-SE:

Riscos:

As possibilidades de risco para os participantes, como constrangimento a respeito das perguntas, serão minimizadas pela privacidade dos dados obtidos, pois os mesmos terão liberdade de responder aos formulários (instrumento) individualmente. Não se realizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem no estudo.

Benefícios:

- Científicos – realização de pesquisa com desenho do estudo rigorosamente sistematizado e seguido objetivando a geração de novos conhecimentos acerca da temática estudada. A proposta tem potencial para subsidiar novas pesquisas abordando essa mesma temática em outros cenários, além de embasar a elaboração de artigos científicos para submissão/publicação em periódicos com Qualis A.
- Tecnológicos - utilização de tecnologia assistiva que pode ser aplicada em outros cenários, com outros segmentos sociais, com conteúdo confiável, atual e adequado as necessidades da

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

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



Continuação do Parecer: 5.436.421

diversidade de indivíduos.

- Sociais - o conhecimento produzido possibilita a oportunidade de ampliação de aprendizado sobre uma temática relevante tanto para as participantes do estudo como para a sociedade de uma forma geral. Pretende-se socializar os resultados em anais de eventos científicos nacionais e internacionais, além da possibilidade de desenvolvimento de ações de extensão em escolas e espaços comunitários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem fundamentada, com objetivos coerentes, metodologia explicativa e viável. O projeto também apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados e estão em conformidade com a Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Recomendações:

- Após o término da pesquisa, a pesquisadora deverá apresentar o relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1934460.pdf	23/05/2022 15:50:03		Aceito
Declaração de concordância	D_concordancia.pdf	23/05/2022 15:45:43	INACIA SÁTIRO XAVIER DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A.pdf	23/05/2022 15:42:20	INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_instituto.pdf	23/05/2022 15:31:01	INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA	Aceito

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

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



Continuação do Parecer: 5-436-421

Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_clinica.pdf	23/05/2022 15:28:45	INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_detalhado.pdf	02/05/2022 18:05:18	INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANCA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_A.pdf	02/05/2022 17:32:53	INACIA SÁTIRO XAVIER DE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_A.pdf	02/05/2022 17:30:29	INACIA SÁTIRO XAVIER DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO.pdf	02/05/2022 17:18:07	INACIA SÁTIRO XAVIER DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	02/05/2022 16:43:32	INACIA SÁTIRO XAVIER DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 27 de Maio de 2022

Assinado por:
Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Bananas, 351 - Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-700
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cnp@reitor.uepb.edu.br

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por ter derramado sobre mim a sua graça me fazendo forte e corajosa para a realização deste sonho.

À minha avó, Rita Soares de Brito (in memoriam) que apesar de não estar presente fisicamente, sempre se fez presente espiritualmente através de todos os ensinamentos e amor a mim dedicados, por ser meu exemplo de força e por ter sonhado este sonho junto comigo.

Aos meus pais, Damião e Jucileide, que não mediram esforços para que eu pudesse concluir a graduação, por todo companheirismo e amor a mim dedicados. Essa conquista é nossa!

Aos meus irmãos Diogenes e João Victor, por todo apoio e incentivo, que mesmo com a distância se fizeram presentes.

À minha tia, Jucivânia, pela parceria, incentivos e conselhos para que eu nunca desistisse dos meus sonhos.

À minha família (avós, tios e primos) por estar sempre disponível em me ajudar no que fosse preciso durante os anos da graduação.

Às minhas amigas, Renata Marculino, Anny Isabelly e Laura Aires, pela parceria, ajuda e amizade na graduação e na vida.

Aos professores Inacia Sátiro e Arthur Felipe, pelas oportunidades, parceria e ajuda na minha trajetória na graduação e na pesquisa científica.

À professora Amanda Rangel, por aceitar o convite para participar da banca, além dos ensinamentos transmitidos durante o curso.