

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ  
PRO-REITORIA ACADÊMICA – PROAC**

**LUAN CARLOS DE OLIVEIRA NASCIMENTO**

**FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ASSISTIDOS  
PELO NASF-AB NO MUNICÍPIO DE CABEDELO/PB**

**JOÃO PESSOA**

**2020**

LUAN CARLOS DE OLIVEIRA NASCIMENTO

FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ASSISTIDOS PELO  
NASF-AB NO MUNICÍPIO DE CABEDELO/PB

Artigo apresentado ao componente curricular TCC II, do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia. Linha de Pesquisa: Fisioterapia na Atenção Básica

ORIENTADOR: PROF. DR ELEAZAR MARINHO  
DE FREITAS LUCENA

JOÃO PESSOA

2020

N244f Nascimento, Luan Carlos de Oliveira Nascimento.

Funcionalidade dos Usuários com Deficiência Física Assistidos Pelo NASF-AB no Município de Cabedelo/PB /Luan Carlos de Oliveira Nascimento. - João Pessoa, 2020.

Orientador (a): Prof. Dr. Eleazar Marinho de Freitas Lucena.

Dissertação (Curso de Fisioterapia) – Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

1. Funcionalidade. 2. Deficientes Físicos. 3. NASF-AB. 4. Atenção Básica. I. Título.

UNIPÊ/BC

CDU – 615.8

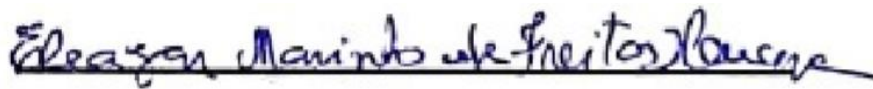
LUAN CARLOS DE OLIVEIRA NASCIMENTO

FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ASSISTIDOS PELO  
NASF-AB NO MUNICÍPIO DE CABEDELO/PB

Artigo apresentado ao componente curricular TCC II, do curso de Fisioterapia do Centro  
Universitário de João Pessoa - UNIPÊ, em cumprimento aos requisitos necessários para  
obtenção do grau de bacharel em Fisioterapia. Linha de Pesquisa: Fisioterapia na Atenção  
Básica.

APROVADA EM: 29 de junho de 2020.

BANCA AVALIADORA



ORIENTADOR – PROF. DR ELEAZAR MARINHO DE FREITAS LUCENA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ

---

EXAMINADOR – PROF. Me. LEONILDO SANTOS DO NASCIMENTO JUNIOR  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA - UNIPÊ

---

EXAMINADOR – PROF. DR RAFAELA GERBASI NÓBREGA QUARTARONE  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ

JOÃO PESSOA

2020

**FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ASSISTIDOS  
PELO NASF-AB NO MUNICÍPIO DE CABEDELO/PB**

**FUNCTIONALITY OF USERS WITH PHYSICAL DISABILITIES ASSISTED BY  
NASF-AB IN THE MUNICIPALITY OF CABEDELO/PB**

Luan Carlos de Oliveira Nascimento – Discente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ;

**RESUMO**

Tendo em vista a importância de avaliar a funcionalidade, e as principais incapacidades apresentadas por pessoas com deficiência física que recebem assistência do NASF-AB, esse estudo buscou analisar quais as principais características apresentadas por esses usuários. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritiva, quantitativa, realizada no município de Cabedelo/PB, contemplando 11 USFs. A amostra composta por 50 usuários, maiores de idade, que se dispuseram a participar da pesquisa e já tinham passado pela abordagem clínica assistencial das USFs, foi utilizado um questionário sociodemográfico e um conjunto de itens da CIF para coleta de dados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, além de média e intervalo de confiança para variáveis contínuas, também estatística inferencial por meio de teste exato de Fisher, para constatar a associação entre as variáveis de interesse, considerando o nível de significância de 5%. Nos resultados da amostra, temos em sua maioria, mulheres, acima de 60 anos, prevalência de usuários solteiros, predomínio de ensino fundamental incompleto, renda mensal de até R\$ 1.000,00 reais, alguns possuem hipertensão arterial, diabetes, depressão e doenças reumáticas. Em relação aos hábitos de vida, temos alto índice de sedentarismo, e alguns tabagistas e etilistas. Com isso é possível perceber a importância das redes de apoio e dos profissionais aos deficientes físicos nesse município, que necessitam de mais cuidados e atenção do que qualquer outro tipo de indivíduo, possuindo uma condição que pode agravar mais a sua vida.

**Palavra-chave: Funcionalidade. Deficientes Físicos. NASF-AB. Atenção Básica.**

## ABSTRACT

In view of the importance of assessing functionality, and the main disabilities presented by people with physical disabilities who receive assistance from NASF-AB, this study sought to analyze the main characteristics presented by these users. This is a descriptive, quantitative exploratory field research carried out in the city of Cabedelo / PB, covering 11 USFs. The sample composed of 50 users, of legal age, who were willing to participate in the research and had already undergone the clinical care approach of the USFs, used a sociodemographic questionnaire and a set of ICF items for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, using absolute and relative frequencies for categorical variables, in addition to the mean and confidence interval for continuous variables, also inferential statistics using Fisher's exact test, to verify the association between variables of interest, considering the significance level of 5%. In the results of the sample, we have mostly women, over 60 years old, prevalence of single users, predominance of incomplete elementary school, monthly income of up to R \$ 1,000.00 reais, some have arterial hypertension, diabetes, depression and rheumatic diseases . In relation to life habits, we have a high rate of sedentary lifestyle, and some smokers and alcoholics. With this, it is possible to perceive the importance of support networks and professionals for disabled people in this municipality, who need more care and attention than any other type of individual, having a condition that can make their life worse.

**Key-words: Functionality. Disabled Physicist. NASF-AB. Primary Care.**

## INTRODUÇÃO

Funcionalidade humana, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, é um termo macro que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que ele vive no que diz respeito aos fatores pessoais e ambientais (BRASIL, 2013). A CIF é uma ferramenta que vem sendo bastante utilizada para avaliar as condições de vida de pessoas que possuem algum tipo de deficiência física, e que por esse motivo, acabam tendo algum tipo de limitação nas suas AVD's ou na sua funcionalidade.

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 (BRASIL, 2015). É importante conhecer os diferentes tipos de deficiências, promover a reabilitação e o resgate da autoestima, potencializando as possibilidades de inclusão social dessas pessoas (BRASIL, 2006).

A pessoa com deficiência tem o direito aos benefícios da reabilitação de seu estado físico, intelectual ou sensorial, por meio da assistência especializada e de oficinas terapêuticas, para melhorar suas condições gerais e suas possibilidades de inclusão na escola, no trabalho e na sociedade (BRASIL, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (2010), toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família até os Serviços de Reabilitação e Hospitais.

A atenção primária é um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência, particularmente naquilo que tange à circulação e participação sociais, sob a ótica de inclusão e dos direitos de cidadania, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a assistência às pessoas com deficiência, na saúde pública, era limitada somente à área de prevenção de doenças infectocontagiosas (OTHERO & DALMASO, 2009).

Dentro da atenção básica, viu-se a necessidade de se criar um núcleo de apoio, buscando atender a população de uma forma mais especializada e mais abrangente. Dessa forma o Ministério da Saúde criou os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008).

Quando foi criado era Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em 2017, com a atualização da nova política nacional de atenção básica, teve sua denominação para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dessa forma foi ampliado o escopo de ações da Atenção Básica (AB) e contribuir para o aumento da resolubilidade da AB, aumentar a capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários, integrando os diferentes núcleos profissionais que compõem a AB (BRASIL, 2018).

O NASF-AB é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo

diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF-AB está cadastrado (BARBOSA et. al., 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013 cerca de 1,3% da população do Brasil declarou possuir deficiência física, tendo a ocorrência de 46,8% que possuem grau intenso ou muito intenso de limitações, ou ainda não conseguia realizar as suas atividades habituais, também foi observado que as limitações funcionais são maiores em pessoas de 60 anos ou mais de idade para realizarem, sozinhas, suas AVD's (BRASIL, 2013).

As práticas de promoção e de assistência à saúde de pessoas com deficiência física em serviços de atenção primária no país apontam para algumas indagações sobre a prestação do cuidado à saúde a esse público que vem se desenvolvendo bastantes nos últimos anos em todo o território brasileiro (AMORIM, LIBERALI & NETA 2018).

Visto a importância e a necessidade de avaliar a funcionalidade e as principais incapacidades apresentadas pelos usuários que possuem algum tipo de deficiência física e que recebem assistência do NASF-AB, no município de Cabedelo/PB, esse estudo levanta o seguinte questionamento, quais as principais características funcionais e incapacidades apresentadas pelos usuários com deficiência física neste município?

Diante disso, sabendo a importância do NASF-AB, no atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Cabedelo/PB, este artigo teve o intuito de descrever a funcionalidade e quais são as características que mais dificultam a vida desses indivíduos que possuem algum tipo de deficiência física e que são assistidos pelo NASF-AB.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Atenção Primária à Saúde (APS)**

A APS trata-se do primeiro nível de atenção que o usuário tem acesso para ingressar no SUS e deve estar acessível e próximo ao seu local de moradia e de trabalho. As ações na atenção primária devem se dar nos âmbitos individual e coletivo de forma a privilegiar a participação social como um dos aspectos das práticas democráticas de cuidado e gestão (LANCMAN & BARROS, 2011).

Desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da



acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012a).

É também um conjunto de ações em saúde, desempenhadas pela Saúde da Família, é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2009a). A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.

A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. Para tanto, faz-se necessário o diagnóstico adequado da situação de saúde da população descrita; o atendimento pela unidade básica de saúde, prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção da saúde; a organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico), o sistema logístico (transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.) (SHIMAZAKI, 2009).

Segundo Othero e Dalmaso (2009), o acesso a APS configura-se como uma das principais necessidades da pessoa com deficiência física. Entretanto, essa população caracterizada por um complexo multifacetado de exclusão e privação coletiva, experimenta dificuldades em relação ao acesso aos serviços de saúde, o que denuncia a iniquidade, a desigualdade e a falta de acessibilidade (SOUZA & PIMENTEL, 2012).

Deste modo, as dificuldades de acesso a serviços de atenção primária à saúde e de reabilitação são fatores de expressão ligados a determinantes sociais da saúde, havendo necessidade de elaboração de programas para a inclusão social e acessibilidade em articulação à estratégia saúde da família (FIORATI & ELUI, 2015).

Para que a pessoa com deficiência física receba assistência equitativa, igualitária e universal, conforme preconizado pelo SUS, a partir de ações facilitadoras de inclusão e acessibilidade, seus direitos precisam ser efetivamente implementados e fiscalizados, expandindo, com isso, as capacidades de fazer frente às limitações presentes pela condição física e/ou psicológica e garantindo saúde, dignidade e acima de tudo, justiça social (LOPES, SOARES & BOHUSCH, 2014).

## **Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**

Segundo Sampaio *et al* (2012), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tem o objetivo de efetivar o matriciamento no âmbito da Atenção Básica. Instituído em 2008, ele tem a finalidade de aumentar o escopo das Equipes de Saúde da Família (SF) na rede de serviços à saúde com o propósito de fornecer apoio matricial de modo compartilhado nos territórios (BRASIL, 2008, BRASIL, 2009a).

O NASF-AB, portanto, faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do Núcleo utilizam-se do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (BRASIL, 2014).

É fundamental que haja uma interlocução entre as redes de Reabilitação, o NASF-AB e o atendimento em reabilitação nos serviços especializados (ambulatorial e hospitalar), sendo fundamental a comunicação com as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos/deficiências e reabilitação das UBS, integrando todos eles em uma rede de assistência (BRASIL, 2014).

Contudo, a Atenção Básica, mais especificamente, as equipes do NASF-AB, desenvolvem função importante no acompanhamento das pessoas com deficiência física tanto na prevenção de lesão por pressão, como também o tratamento dos agravos, considerando a necessidade de minimizar as complicações decorrentes desses comprometimentos (MACHADO *et al*, 2018).

Compete especificamente à Equipe do NASF-AB a participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na AB à que estão vinculadas, contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017).

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Médicos de diferentes especialidades e vários outros profissionais, sendo a definição das categorias profissionais de autonomia do

gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do território (BRASIL, 2017).

Segundo Gonçalves *et al* (2015), o NASF-AB não se configura como porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, deve atuar de forma integrada às ESFs, ou seja, priorizar as demandas identificadas e acordadas entre as duas equipes. O trabalho do NASF-AB depende das ESFs e compreende, prioritariamente, ações compartilhadas, em grupo e multiprofissionais.

### **Usuários com Deficiência Física**

Podemos definir a deficiência física como "diferentes condições motoras que acometem as pessoas comprometendo a mobilidade, a coordenação motora geral e da fala, em consequência de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas, ou más formações congênitas ou adquiridas" (BRASIL, 2004).

O Censo 2000 identificou que 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) têm algum tipo de deficiência, sendo 4% destes com deficiência física. Esses usuários não devem ser considerados doentes, mas sim pessoas em situações especiais, que a sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido de igualar as oportunidades de convivência, modificando os ambientes e adaptando-os, permitindo o livre acesso de todos. Por outro lado, é importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos (BRASIL, 2009b).

A deficiência física pode ser: temporária - quando tratada, permite que o indivíduo volte às suas condições anteriores; recuperável - quando permite melhora diante do tratamento, ou suplência por outras áreas não atingidas; definitiva - quando apesar do tratamento, o indivíduo não apresenta possibilidade de cura, substituição ou suplência e compensável - é a que permite melhora por substituição de órgãos, como por exemplo, a amputação compensável pelo uso da prótese (BRASIL, 2006).

A limitação funcional está comumente associada à deficiência física e na ausência de adaptações ambientais apropriadas, certamente, a acessibilidade e a participação desse indivíduo ficarão prejudicadas (ALPINO, 2008). A literatura ressalta a estreita relação entre o fornecimento de adaptações ambientais apropriadas e o grau de funcionalidade do indivíduo com deficiência física (ALPINO, DI NUBILA & BUCHALLA, 2008).

Para Dischinger (2004), a incapacidade em realizar alguma atividade não resulta exclusivamente da limitação das funções corporais, mas de sua interação com as demandas, costumes, práticas e organização do meio em que está inserido.

Segundo Resende e Gouveia (2011) temos um número crescente de pessoas com deficiência física inseridas na luta por um mundo melhor e em busca de maior longevidade com qualidade de vida. É importante ressaltar que ainda na presença de incapacidades, as pessoas podem equilibrar suas limitações com suas potencialidades e viver com qualidade de vida, mesmo tendo uma deficiência física.

Segundo Castro *et al*, (2011), os indivíduos com deficiência física estão mais expostos a comorbidades associadas à sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental. Como a ocorrência de deficiências tem relação direta com o aumento da longevidade populacional e com o incremento de ocorrências por causas externas, a porcentagem de pessoas com deficiência na comunidade tende a aumentar com o passar do tempo.

Sendo assim, investigar as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiências físicas na acessibilidade aos serviços de saúde pode fornecer subsídios para o planejamento em saúde, estruturando e melhorando os serviços de forma que atendam a esse grupo populacional de maneira adequada (CASTRO *et al*, 2011).

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no território de abrangência das Unidades de Saúde da Família, no município de Cabedelo no litoral da Paraíba. Onde foram contempladas 11 USFs de um total de 21 unidades, sendo a amostra composta de 50 usuários assistidos por essas unidades no período de agosto de 2018 a abril de 2019.

Os sujeitos do estudo foram os usuários assistidos pelo NASF-AB, como critério de inclusão eles tinham que apresentar algum tipo de deficiência física. A deficiência física pode acarretar no comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, tetraplegia, hemiplegia, amputação ou ausência de membro, membros com deformidade congênita ou adquirida, entre outros tipos (BRASIL, 2015).

Também tinham que ter participado da abordagem clínica assistencial no município de Cabedelo/PB, esses usuários se dispuseram a participar da pesquisa e tinham idade acima de 18

anos. Foram excluídos da pesquisa os usuários que apresentavam cognitivo afetado, apresentando dificuldade de comunicação.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico (Apêndice A) e um conjunto de itens da CIF, utilizado para coletar a percepção da pessoa com deficiência quanto à dimensão funções do corpo (Apêndice B), o instrumento permite registrar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. Após autorização dos sujeitos da pesquisa, foi também realizada a assinatura do termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os voluntários da pesquisa foram selecionados, mediante convite, e aqueles que se adequaram dentro dos critérios de inclusão foram previamente informados do processo pelo qual iriam passar, sendo esclarecidos sobre a relevância do estudo e assegurando-lhes o direito em não participar, além de garantir o anonimato, inclusive na divulgação da mesma. A Resolução 466/12 integra, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e pretende assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução, aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, além de média e intervalo de confiança para variáveis contínuas. Foi utilizada estatística inferencial por meio de teste exato de Fisher, para constatar a associação entre as variáveis de interesse, considerando o nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A tabela 1 descreve as características gerais dos participantes da pesquisa que possuem algum tipo de deficiência física e são assistidos pelo NASF-AB. Sendo essa amostra, em sua maioria, mulheres (54%), com faixa etária entre 60 a 69 anos (48%), e prevalência de usuários com estado civil solteiro (42%). Em relação à escolaridade predominou o ensino fundamental incompleto (58%) e no que se refere à renda mensal a maioria relatou receber até R\$ 1.000,00 reais (62%).

Esses dados corroboram com o último Censo Demográfico realizado no Brasil, segundo este, mais de 13 milhões de pessoas apresentam deficiência motora, a deficiência física é mais

significativa no sexo feminino, afetando 9,75%, das mulheres, o que representa 8 milhões desta população, em relação a baixa escolaridade pode resultar em um conhecimento deficitário sobre a importância da promoção à saúde e da prevenção de agravos (NOGUEIRA et al., 2016).

Quanto às comorbidades, 54% dos usuários comunicaram ter hipertensão arterial, enquanto 28% relataram apresentar diabetes, apenas 18% afirmaram ter depressão e 16% alguma doença reumática. A prevalência estimada de hipertensão arterial sistêmica (HAS), na população adulta, no Brasil é em torno de 35% e são as principais doenças crônicas que afetam a população acima dos 60 anos no Brasil (DAMÁZIO et al, 2019).

Em relação à análise dos hábitos de vida, 56% usuários são sedentários, sendo 32% tabagistas e 24% etilistas. O alto nível de sedentarismo nessa população é um fator de grande risco para a condição de vida, pessoas com deficiência física podem apresentar níveis de sedentarismo que influenciam de forma decisiva na sua saúde e o comprometimento muscular desses indivíduos (XAVIER, 2013).

**Tabela 1** – Características gerais dos participantes da pesquisa.

	<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>		
<i>Feminino</i>	27	54,0
<i>Masculino</i>	23	46,0
<b>Faixa etária (Média: 58,96 anos; IC 95%: 53,86; 64,06)</b>		
<i>18 a 29 anos</i>	2	4,0
<i>30 a 39 anos</i>	9	18,0
<i>40 a 49 anos</i>	3	6,0
<i>50 a 59 anos</i>	12	24,0
<i>60 a 69 anos</i>	24	48,0
<b>Estado civil</b>		
<i>Solteiro</i>	21	42,0
<i>Casado</i>	13	26,0
<i>Divorciado</i>	2	4,0
<i>Viúvo</i>	11	22,0
<i>União estável</i>	3	6,0
<b>Escolaridade</b>		
<i>Analfabeto</i>	10	20,0
<i>Fundamental incompleto</i>	29	58,0
<i>Fundamental completo</i>	11	22,0
<b>Renda mensal (Média: R\$ 1396,84; IC 95%: 1206,74; 1580,94)</b>		
<i>Até R\$ 1000,00</i>	31	62,0
<i>Entre R\$ 1001,00 e R\$ 2000,00</i>	14	28,0
<i>Acima de R\$ 2000,00</i>	5	10,0
<b>Comorbidades</b>		
<i>Diabetes</i>	14	28,0
<i>Hipertensão arterial</i>	27	54,0
<i>Depressão</i>	9	18,0
<i>Doença reumática</i>	8	16,0
<b>Hábitos de vida</b>		

<i>Etilista</i>	12	24,0
<i>Ex etilista</i>	10	20,0
<i>Tabagista</i>	16	32,0
<i>Ex tabagista</i>	7	14,0
<i>Sedentário</i>	28	56,0

<b>Total</b>	50	100
--------------	----	-----

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018-2019.

A tabela 2 descreve a prevalência de deficiência em itens das funções do corpo. Quanto à mobilidade das articulações, 38% apresentam deficiência na mobilidade das articulações de forma completa e 30% de forma grave. Na força muscular, tem-se 40% completa. No tônus muscular 24% completa e 18% grave. Movimentos involuntários, 24% completa. Função tátil 10% completa e 14% grave. Função emocional, 22% completa e 22% moderada. Funções vestibulares, 32% completa e 30% grave. Sensação de dor, 34% completa.

**Tabela 2** – Prevalência de deficiência em itens das Funções do corpo.

	<i>n</i>	%
<b>b710 Mobilidade das articulações</b>		
<i>Nenhuma</i>	2	4,0
<i>Leve</i>	6	12,0
<i>Moderada</i>	8	16,0
<i>Grave</i>	15	30,0
<i>Completa</i>	19	38,0
<b>b730 Força muscular</b>		
<i>Nenhuma</i>	4	8,0
<i>Leve</i>	3	6,0
<i>Moderada</i>	10	20,0
<i>Grave</i>	13	26,0
<i>Completa</i>	20	40,0
<b>b735 Tônus muscular</b>		
<i>Nenhuma</i>	21	42,0
<i>Leve</i>	4	8,0
<i>Moderada</i>	4	8,0
<i>Grave</i>	9	18,0
<i>Completa</i>	12	24,0
<b>b765 Movimentos involuntários</b>		
<i>Nenhuma</i>	22	44,0
<i>Leve</i>	2	4,0
<i>Moderada</i>	9	18,0
<i>Grave</i>	5	10,0
<i>Completa</i>	12	24,0
<b>b265 Função tátil</b>		
<i>Nenhuma</i>	33	66,0
<i>Leve</i>	4	8,0
<i>Moderada</i>	1	2,0
<i>Grave</i>	7	14,0
<i>Completa</i>	5	10,0
<b>b152 Funções emocionais</b>		

	<i>Nenhuma</i>	18	36,0
	<i>Leve</i>	3	6,0
	<i>Moderada</i>	10	20,0
	<i>Grave</i>	8	16,0
	<i>Completa</i>	11	22,0
<b>b235 Função vestibular</b>	<i>Nenhuma</i>	8	16,0
	<i>Leve</i>	3	6,0
	<i>Moderada</i>	8	16,0
	<i>Grave</i>	15	30,0
	<i>Completa</i>	16	32,0
<b>d280 Sensação de dor</b>	<i>Nenhuma</i>	12	24,0
	<i>Leve</i>	5	10,0
	<i>Moderada</i>	9	18,0
	<i>Grave</i>	7	14,0
	<i>Completa</i>	17	34,0
<b>Total:</b>		50	100,0

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A tabela 3 descreve a mobilidade das articulações e características da amostra. Os usuários que apresentam deficiência nesta função e são alfabetizados correspondem a 78%, 58% tem renda até um salário mínimo e 64% não vivem em união estável. A partir do teste de hipóteses constatou-se que a deficiência na função mobilidade das articulações não apresentou associação estatística com as variáveis correspondentes às características da amostra ( $p$ -valor > 0,05).

O estilo de vida sedentário pode favorecer a perda de habilidade funcional, redução das AVDs e mobilidade das articulações (OZU et al., 2019). Nesta compreensão, ressalta-se a necessidade de garantir ações de promoção de saúde funcional, prevenção de alterações estruturais e disfunções/incapacidades, e recuperação efetiva das disfunções para a superação das limitações e/ou restrições impostas por esse tipo de transtorno que afeta a saúde funcional (BRASIL, 2013).

**Tabela 3** – Mobilidade das articulações e características da amostra.

Características da amostra	Deficiência na mobilidade das articulações				Total	<i>p</i> -valor	
	<i>Não</i>		<i>Sim</i>				
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	%		
	2	4,0	48	96,0	100		
Sexo	<i>Feminino</i>	1	2,0	26	52,0	54,0	1,000
	<i>Masculino</i>	1	2,0	22	44,0	46,0	
União estável	<i>Sim</i>	0	0	16	32,0	32,0	1,000
	<i>Não</i>	2	4,0	32	64,0	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<i>Sim</i>	1	2,0	29	58,0	60,0	1,000
	<i>Não</i>	1	2,0	19	38,0	40,0	
Alfabetizado	<i>Sim</i>	1	2,0	39	78,0	80,0	



*Não*    1        **2,0**        9    **18,0**    20,0    **0,363**

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A Tabela 4 descreve a força muscular e características da amostra. Entre os usuários que apresentam deficiência nesta função 72% são alfabetizados, 54% que possuem renda até 1 salário mínimo e 62% que não tem nenhum tipo de união estável. A partir do teste de hipóteses constatou-se que a deficiência na função muscular não apresentou associação estatística com as variáveis correspondentes às características da amostra ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

De acordo com o resultado desses dados vê-se a necessidade que esses usuários têm por atendimento fisioterapêutico, buscando a reabilitação muscular, o que corrobora com o estudo realizado por Bortoloti e Tsukamoto (2011), que durante a reabilitação, através da fisioterapia, é possível prevenir o surgimento de complicações clínicas e especialmente, alcançar a capacidade funcional máxima do paciente que possui algum tipo de deficiência.

**Tabela 4** – Força muscular e características da amostra.

Características da amostra	Deficiência na força muscular				Total	<i>p</i> -valor	
	<i>Não</i>		<i>Sim</i>				
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	%		
	4	<b>8,0</b>	46	<b>92,0</b>			
Sexo	<i>Feminino</i>	3	<b>6,0</b>	24	<b>48,0</b>	54,0	<b>0,614</b>
	<i>Masculino</i>	1	<b>2,0</b>	22	<b>44,0</b>	46,0	
União estável	<i>Sim</i>	1	<b>2,0</b>	15	<b>30,0</b>	32,0	<b>1,000</b>
	<i>Não</i>	3	<b>6,0</b>	31	<b>62,0</b>	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<i>Sim</i>	3	<b>6,0</b>	27	<b>54,0</b>	60,0	<b>0,641</b>
	<i>Não</i>	1	<b>2,0</b>	19	<b>38,0</b>	40,0	
Alfabetizado	<i>Sim</i>	4	<b>8,0</b>	36	<b>72,0</b>	80,0	<b>0,571</b>
	<i>Não</i>	0	<b>0</b>	10	<b>20,0</b>	20,0	

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A Tabela 5 descreve o tônus muscular e características da amostra. Nessa categoria temos 42% dos usuários com deficiência que não possuem união estável, 32% com renda de até um salário mínimo e 48% que são alfabetizados. Nessa categoria também se constatou que a deficiência na função muscular não apresentou associação estatística com as variáveis correspondentes às características da amostra ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

Tendo em vista a condição que esses usuários vivem, é necessária uma abordagem diferenciada tentando mudar essa realidade e dessa forma melhorar sua qualidade de vida e uma melhora na sua funcionalidade. Vários estudos relatam os benefícios que um simples alongamento muscular pode manter ou melhorar a extensibilidade músculo-facial e a amplitude de movimento, promovendo melhora nas habilidades funcionais (OLIVEIRA & GOLIN, 2017).

**Tabela 5** – Tônus muscular e características da amostra.

Características da amostra		Deficiência na tônus muscular				Total	p-valor
		Não		Sim			
		N	%	n	%	%	
		21	42,0	29	58,0		
Sexo	<i>Feminino</i>	12	24,0	15	30,0	54,0	0,778
	<i>Masculino</i>	9	18,0	14	28,0	46,0	
União estável	<i>Sim</i>	8	16,0	8	16,0	32,0	0,543
	<i>Não</i>	13	26,0	21	42,0	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<i>Sim</i>	14	28,0	16	32,0	60,0	0,560
	<i>Não</i>	7	14,0	13	26,0	40,0	
Alfabetizado	<i>Sim</i>	16	32,0	24	48,0	80,0	0,723
	<i>Não</i>	5	10,0	5	10,0	20,0	

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A Tabela 6 descreve os movimentos involuntários e características da amostra. Sendo 46% dos usuários com deficiência alfabetizados, os com renda de até um salário mínimo 34% e 48% não possuem união estável. Para esta função do corpo, constatou-se associação estatística com a variável união estável (p-valor < 0,05), na qual a maioria dos usuários com deficiência nos movimentos involuntários não participam de uma união estável.

**Tabela 6** – Movimentos involuntários e características da amostra.

Características da amostra		Deficiência nos movimentos involuntários				Total	p-valor
		Não		Sim			
		N	%	n	%	%	
		22	44,0	28	56,0		
Sexo	<i>Feminino</i>	9	18,0	18	36,0	54,0	0,153
	<i>Masculino</i>	13	26,0	10	20	46,0	
União estável	<i>Sim</i>	12	24,0	4	8,0	32,0	0,005 *
	<i>Não</i>	10	20,0	24	48,0	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<i>Sim</i>	13	26,0	17	34,0	60,0	1,000
	<i>Não</i>	9	18,0	11	22,0	40,0	
Alfabetizado	<i>Sim</i>	17	34,0	23	46,0	80,0	0,732
	<i>Não</i>	5	10,0	5	10,0	20,0	

\*p-valor < 0,05.

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A tabela 7 descreve a função tátil da amostra. Onde 30% dos deficientes não possuem união estável, 28% têm renda de até um salário mínimo e 26% são alfabetizados. Nessa característica se constatou que a deficiência na função tátil não apresentou associação estatística com as variáveis correspondentes às características da amostra (p-valor > 0,05).

**Tabela 7** – Função tátil e características da amostra.

Características da amostra		Deficiência na função tátil				Total	p-valor
		Não		Sim			
		N	%	n	%	%	
		33	66,0	17	34,0		
Sexo	<i>Feminino</i>	18	36,0	9	18,0	54,0	1,000

	<b>Masculino</b>	15	<b>30,0</b>	8	<b>16,0</b>	46,0	
União estável	<b>Sim</b>	14	<b>28,0</b>	2	<b>4,0</b>	32,0	<b>0,053</b>
	<b>Não</b>	19	<b>38,0</b>	15	<b>30,0</b>	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<b>Sim</b>	19	<b>38,0</b>	14	<b>28,0</b>	66,0	<b>0,763</b>
	<b>Não</b>	11	<b>22,0</b>	6	<b>12,0</b>	44,0	
Alfabetizado	<b>Sim</b>	27	<b>54,0</b>	13	<b>26,0</b>	80,0	<b>0,717</b>
	<b>Não</b>	6	<b>12,0</b>	4	<b>8,0</b>	20,0	

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A tabela 8 descreve as funções emocionais. Nessa característica, 44% dos deficientes não tem união estável, 40% tem renda de até um salário mínimo e 52% são alfabetizados. Na característica do sexo a amostra apresentou 42% sendo do sexo feminino e 22% sendo do sexo masculino e foi possível constatar a associação estatística com essa variável ( $p$ -valor  $< 0,05$ ).

É possível perceber que a maioria dos usuários da amostra são mulheres que não possuem união estável, podendo essa questão das funções emocionais serem bastante expressivas por se tratarem de indivíduos que vivem sem um companheiro, às vezes até com um familiar, mais se trata de uma pessoa que não lhe faz tanta companhia e com o passar do tempo esse usuário vai se sentindo cada vez mais sozinho.

Tendo isso em vista é importante buscar incluir esses indivíduos em algum tipo de convívio social, com um grupo que realize alguma atividade, sempre levando em conta as suas limitações e buscando dessa forma mudar a condição de vida que essa pessoa tem.

**Tabela 8** – Funções emocionais e características da amostra.

Características da amostra		Deficiência nas funções emocionais				Total	<i>p</i> -valor
		<i>Não</i>		<i>Sim</i>			
		<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	%	
		15	30,0	32,0	64,0		
Sexo	<b>Feminino</b>	6	<b>12,0</b>	21	<b>42,0</b>	54,0	<b>0,040</b> *
	<b>Masculino</b>	12	<b>24,0</b>	11	<b>22,0</b>	46,0	
União estável	<b>Sim</b>	6	<b>12,0</b>	10	<b>20,0</b>	32,0	<b>1,000</b>
	<b>Não</b>	12	<b>24,0</b>	22	<b>44,0</b>	66,0	
Renda até 1 salário mínimo	<b>Sim</b>	10	<b>20,0</b>	20	<b>40,0</b>	60,0	<b>0,765</b>
	<b>Não</b>	8	<b>16,0</b>	12	<b>24,0</b>	40,0	
Alfabetizado	<b>Sim</b>	14	<b>28,0</b>	26	<b>52,0</b>	80,0	<b>1,000</b>
	<b>Não</b>	4	<b>8,0</b>	6	<b>12,0</b>	20,0	

\* $p$ -valor  $< 0,05$ .

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A Tabela 9 descreve a função vestibular da amostra. É possível observar que 66% dos deficientes físicos são alfabetizados, 48% possuem renda de até 1 salário mínimo e 58% não possuem união estável. Nessa característica também se constatou que a deficiência na função vestibular não apresentou associação estatística com as variáveis correspondentes às características da amostra ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

**Tabela 9** – Função vestibular e características da amostra.

Características da amostra		Deficiência na função vestibular				Total	p-valor
		Não		Sim			
		N	%	n	%	%	
Sexo	<i>Feminino</i>	6	<b>12,0</b>	21	<b>42,0</b>	54,0	<i>0,261</i>
	<i>Masculino</i>	2	<b>4,0</b>	21	<b>42,0</b>	46,0	
União estável	<i>Sim</i>	3	<b>6,0</b>	13	<b>26,0</b>	32,0	<i>0,699</i>
	<i>Não</i>	5	<b>10,0</b>	29	<b>58,0</b>	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<i>Sim</i>	6	<b>12,0</b>	24	<b>48,0</b>	60,0	<i>0,450</i>
	<i>Não</i>	2	<b>4,0</b>	18	<b>36,0</b>	40,0	
Alfabetizado	<i>Sim</i>	7	<b>14,0</b>	33	<b>66,0</b>	80,0	<i>1,000</i>
	<i>Não</i>	1	<b>2,0</b>	9	<b>18,0</b>	20,0	

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

A Tabela 10 descreve a sensação de dor. Entre os usuários que possuem alguma deficiência física, observamos que 54% fazem parte dos usuários que não têm união estável, 60% dos usuários são alfabetizados e 52% possuem renda de até um salário mínimo. Para esta função do corpo, constatou-se associação estatística com a variável união estável (p-valor < 0,05), na qual a maioria dos usuários com deficiência na sensação de dor possuem uma renda de até 1 salário mínimo.

A questão de renda familiar pode prejudicar bastante a condição clínica desses usuários, muitos destes não tem condições de fazer adaptações nas suas residências com o intuito de ter um pouco de comodidade e se deslocar dentro da sua própria casa, o que pode ocasionar em um grande tempo imobilizado, em uma cama ou uma cadeira.

A imobilidade ou limitações dos movimentos pode alterar o estado emocional do indivíduo, podendo apresentar depressão, labilidade emocional, isolamento social, enrijecimento da musculatura da coluna vertebral e dos membros, alterações das articulações, entre várias outras complicações (BOECHAT *et al*, 2012).

**Tabela 10** – Sensação de dor e características da amostra.

Características da amostra		Deficiência na sensação de dor				Total	p-valor
		Não		Sim			
		N	%	n	%	%	
Sexo	<i>Feminino</i>	6	<b>12,0</b>	21	<b>42,0</b>	54,0	<i>1,000</i>
	<i>Masculino</i>	6	<b>12,0</b>	17	<b>34,0</b>	46,0	
União estável	<i>Sim</i>	5	<b>10,0</b>	11	<b>22,0</b>	32,0	<i>0,486</i>
	<i>Não</i>	7	<b>14,0</b>	27	<b>54,0</b>	68,0	
Renda até 1 salário mínimo	<i>Sim</i>	4	<b>8,0</b>	26	<b>52,0</b>	60,0	<i>0,044 *</i>
	<i>Não</i>	8	<b>16,0</b>	12	<b>24,0</b>	40,0	
Alfabetizado	<i>Sim</i>	10	<b>20,0</b>	30	<b>60,0</b>	80,0	<i>1,000</i>
	<i>Não</i>	2	<b>4,0</b>	8	<b>16,0</b>	20,0	

**\*p-valor < 0,05.**

**Fontes:** Dados da Pesquisa, 2018- 2019.

O acesso dessas pessoas ao serviço de saúde muitas vezes é bastante complicado, tendo em vista a dificuldade de se locomover da sua residência para um posto de saúde, por exemplo, dessa forma o atendimento domiciliar prestado pelos profissionais da saúde vem sendo de grande ajuda no cotidiano de vida desses usuários. Os profissionais de saúde são parte deste meio sociocultural, que ainda segrega as pessoas com deficiência e, portanto, as práticas em saúde são construídas a partir da relação socio-histórica-cultural com a questão (OTHERO & DALMASO, 2009).

Deste modo, as dificuldades de acesso a serviços de atenção primária à saúde e de reabilitação são fatores de expressão ligados a determinantes sociais da saúde, contribuindo para índices de iniquidades sociais, havendo necessidade de elaboração de programas para a inclusão social e acessibilidade em articulação à estratégia saúde da família. A inclusão social de pessoas com deficiência é pré-requisito fundamental para qualidade de vida e promoção de saúde, entendendo-se, para tanto, a necessidade de envolvimento e participação em atividades que integram o universo existencial humano (FIORATI; ELIU, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com os resultados que foram encontrados no estudo, podemos perceber a importância das redes de apoio e dos profissionais aos deficientes físicos desse município, todos os usuários da amostra necessitam de um atendimento integralizado e acompanhamento frequente, buscando dessa maneira evitar que esses usuários permaneçam no estado de sedentarismo ao qual estão auxiliando as suas limitações e comorbidades. Os resultados dessa pesquisa podem servir para melhoria do atendimento dos profissionais de saúde da APS, direcionado para a integralidade em saúde dos indivíduos.

Esses usuários necessitam de mais cuidados e atenção do que qualquer outro tipo de indivíduo, pois possuem a condição de saúde bastante influenciada pelo contexto social em que vivem no momento, fatores que podem dificultar bastante essa condição, como a escolaridade, renda mensal, comorbidades e hábitos de vida, como também a dificuldade do acesso aos serviços básicos de saúde e a busca pela sua reabilitação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALPINO, A. M. S. **Consultoria colaborativa escolar do fisioterapeuta: acessibilidade e participação do aluno com paralisia cerebral em questão**. 2008. 191 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

ALPINO, A. M. S. ; DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS: CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: Uma revisão integrativa. **Holos**, Natal, ano 34, v. 1, p. 224-236. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R.; RIBEIRO, E. E. N.; Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323- 330, abr./jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/15.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BOECHAT, J. C. S. *et al.* A Síndrome do Imobilismo e seus Efeitos Sobre o Aparelho Locomotor do Idoso. **Revista Científica Internacional: Inter Science Place**, ISSN: 1679-9844, edição 22, v. 1, artigo nº 5, Julho/Setembro 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/213/210>>. Acesso em: 14jun. 2020.

BORTOLLOTTI, L. F.; TSUKAMOTO, H. F. Efeitos do treinamento físico sobre a força muscular em paraplégicos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 462, 471. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8360>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL, A. C. O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1-4, jan./mar, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2646/pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. **Estatuto da pessoa com deficiência**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. 65 p.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. **A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: deficiência física**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006. 67 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deffisica.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 160 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 36 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008, 24 jan. 2008. Seção 1, p. 38. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. v. 1, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017, 21 set. 2017. Seção 1, p. 68. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica. Equipes de Atenção Básica e o trabalho do NASF-AB. In: ENCONTRO ESTADUAL PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 8., 2018, Pernambuco. 58 slides. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/apresentacao\\_equipes\\_NASF\\_PE\\_abril2018.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/geral/apresentacao_equipes_NASF_PE_abril2018.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CASTRO, S. S. et. al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2073.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2020

DAMÁZIO, L. C. M. et. al. Os efeitos de um programa de atividade física na pressão arterial e frequência cardíaca de pacientes hipertensos e deficientes físicos. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 81-87, jan./mar. 2019. Disponível em: <[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5836/pdf](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5836/pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2020.

DISCHINGER, M. **Desenho universal nas escolas: acessibilidade na rede municipal de ensino de Florianópolis**. Florianópolis: PRELO, 2004. 190 p.

FIORATI, R. C.; ELUI, V. M. C. Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 329-336, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt\\_0104-1169-rlae-23-02-00329.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00329.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2020.

GONÇALVES, R. M. A. et. al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 13, p. 59-74, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde 2013: Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46444/50200>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

LOPES, M. J. M.; SOARES, J. S. F.; BOHUSCH, G. Usuários portadores de deficiência: Questões para a atenção primária de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 4-12, jan./abr. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8496>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Saberes e práticas da inclusão: dificuldades de comunicação e sinalização: deficiência física**. Brasília: MEC, 2004. 103 p.

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



3131-3142, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3131.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

OLIVEIRA, L. S.; GOLIN, M. O. Técnica para redução do tônus e alongamento muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espástica. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 1, p. 27-33, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/946>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p.177-188, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a15.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

OZU, M. H. U.; MATUTI, G. S.; ASA, S. K. P. Efeitos de um programa de condicionamento físico na funcionalidade de indivíduos com paralisia cerebral. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 598-610, jan./fev. 2019. Disponível em: <<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1176/1033>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

RESENDE, M. C.; GOUVEIA, V. V. Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Física. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 99-106, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/prc/v24n1/v24n1a12.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SAMPAIO, J. et. al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12572/7870>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SOUZA, F. R.; PIMENTEL, A. M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos**, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2012. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. 1- Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. 104 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3930.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

XAVIER, E.M. **A Importância das Atividades Físicas Regulares Adaptadas para Cadeirantes nas aulas de Educação Física**. 65 f. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) – Programa de Pró Licenciatura – Universidade de Brasília, Ariquemes, 2013.

**APÊNDICE A - Instrumento para Coleta dos Dados**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. **IDENTIFICAÇÃO:** N° \_\_\_\_\_
2. **USF:** \_\_\_\_\_
3. **Sexo:**

- Feminino  
 Masculino

4. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

5. **Estado Civil:**

- Casado (a)       Solteiro (a)       Viúvo (a)  
 Divorciado (a)       União Estável       Outro

6. **Nível de Escolaridade:**

- Ensino Fundamental Completo       Ensino Superior Completo  
 Ensino Fundamental Incompleto       Ensino Superior Incompleto  
 Analfabeto (a)

1. **Ocupação:** \_\_\_\_\_

2. **Atualmente encontra-se:**

- Empregado (a)  
 Desempregado (a)  
 Estudante

3. **Renda da casa:** \_\_\_\_\_ reais/mês

4. **Hábitos de Vida:**

- Etilismo  
 Tabagismo  
 Sedentário(a)  
 Fumante

## ANEXOS

### ANEXO 1 - Instrumento para Coleta dos Dados

**ITENS DA CIF – FUNCIONALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

## PARTE 1: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

<i>Primeiro Qualificador: Extensão das deficiências</i>	
<i>0 Nenhuma deficiência</i> significa que a pessoa não tem problema	
<i>1 Deficiência leve</i> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
<i>2 Deficiência moderada</i> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
<i>3 Deficiência grave</i> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.	
<i>4 Deficiência completa</i> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
<i>Lista Resumida das Funções do Corpo</i>	<i>Qualificador</i>
<b>FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO</b>	
<b>b710</b> Mobilidade das articulações	
<b>b730</b> Força muscular	
<b>b735</b> Tônus muscular	
<b>b765</b> Movimentos involuntários	
<b>b265</b> Função Tátil	
<b>b152</b> Funções emocionais	
<b>b235</b> Função vestibular	
<b>b280</b> Sensação de dor	



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA- UNIPÊ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP/UNIPÊ**

**CERTIDÃO PROVISÓRIA**

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa, em sua 5ª Reunião Extraordinária realizada em 19 de junho de 2018, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o Projeto de Pesquisa intitulado “**AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ASSISTIDOS PELO NASF EM MUNICÍPIO DO LITORAL PARAIBANO**”, CAAE: **91375018.5.0000.5176** e Parecer Consubstanciado: **2.794.866**, do Pesquisador (a) responsável, **Eleazar Marinho de Freitas Lucena**.

Esta certidão **não** tem validade para fins de publicação do trabalho. A certidão para este fim, será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018.

  
 Dostoiievsky Ernesto de Melo Andrade  
**Vice-coordenador do CEP/UNIPÊ**

Prof. Dostoiievsky E. de Melo Andrade  
Vice Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa do UNIPÊ