



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATHANA INÁCIO FERREIRA

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA
SENSITIVA E MOTORA ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

CAJAZEIRAS – PB

2016

NATHANA INÁCIO FERREIRA

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA
SENSITIVA E MOTORA ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Ms. Cecília Danielle Bezerra Oliveira

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

F383p Ferreira, Nathana Inácio
Perfil clínico epidemiológico de mulheres com deficiência sensitiva e motora atendidas na estratégia de saúde da família do município de Cajazeiras - PB / Nathana Inácio Ferreira. - Cajazeiras, 2016.
49f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Danielle Bezerra Oliveira.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Saúde da mulher. 2. Saúde da família. 3. Deficiência sensitiva e motora. 4. Mulheres com deficiência. I. Oliveira, Cecília Danielle Bezerra. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 613.99

NATHANA INÁCIO FERREIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM DEFICIÊNCIA SENSITIVA E MOTORA ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB

Aprovado em 24/05/2016

Banca Examinadora:

Cecilia Danielle Bezerra Oliveira

Professora Ms. Cecília Danielle Bezerra Oliveira

(Orientadora – ETSC/CFP/UFCG)

Alana Kelly Maia M. N. de Lima.

Professora Ms. Alana Kelly Maia Macêdo Nobre de Lima

(Membro examinador – ETSC/CFP/UFCG)

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Professora Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva

(Membro examinador – UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dedico este trabalho as pessoas mais importantes da minha vida: meu filho, meus pais e meu esposo. Por sempre se fazerem presentes em todos os momentos e por acreditarem em mim. Sem vocês, eu nada seria!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por tornar essa conquista expressão fiel de vossa vontade.

Aos meus amados pais Hélder e Corrinha, minhas irmãs Fernanda e Ana e demais familiares, (especialmente a minha avó Expedita), pelas orações, pelo apoio e amor incondicional, pela força e amparo em momentos difíceis. Em diversos momentos o meu cansaço e preocupação foram divididos com vocês e sempre procuraram amenizar a minha ansiedade. Vocês me deram força para vencer os obstáculos e me incentivaram a prosseguir.

Ao meu amado esposo Délio, pelo carinho, dedicação, paciência e incentivo. Que juntos consigamos superar todas as dificuldades impostas pela vida, e que o nosso amor e companheirismo supere todos os obstáculos.

Ao meu amado filho Hélder Délio, por compreender minhas ausências e omissões. Isso tudo é por você e para você!

À minha Orientadora Cecília Danielle, que dedicou seu valioso tempo e sabedoria, para que mais essa etapa acadêmica se tornasse um aprendizado para a vida e fosse executada com sucesso.

Às Professoras Alana Kelly e Cícera Renata, por terem aceitado o convite a participar como membros examinadores da minha pesquisa, repassando saberes e contribuindo para o meu aprimoramento enquanto acadêmica.

À todas(os) as(os) professoras(es) do Curso de Graduação em Enfermagem, que foram importantes em minha vida acadêmica e no desenvolvimento da minha formação.

À todas(os) as(os) amigas(os) fiéis que fiz na vida acadêmica, obrigada por todos os momentos que fomos estudiosos, brincalhões e cúmplices, vocês se tornaram verdadeiros irmãos.

Aos meus colegas de curso e estágio Rômulo Abreu e Maíra Mota, por dividirem comigo muitas preocupações, dúvidas, insegurança e aprendizado, mas sempre seguirmos de mãos dadas, um apoiando o outro. Sabendo que um dia seguiremos por caminhos distintos, mas com a certeza de que mesmo caminhos diferentes podem voltar a se cruzar, para darmos prosseguimento as briguinhas, gargalhadas e conversas compartilhadas.

Todos(as) vocês têm lugar cativo na minha vida e no meu CORAÇÃO!

“Treine enquanto os demais dormem, estude enquanto os demais se divertem, persista enquanto os demais descansam, e então, CONQUISTE o que os demais apenas sonham!”

(Juventude Sustentável)

FERREIRA, N. I. **Perfil clínico epidemiológico de mulheres com deficiência sensitiva e motora atendidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras - PB**, 2016, 47p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras – PB, 2016.

RESUMO

No Brasil existem 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Dentre esta população, destaca-se uma maioria de pessoas do sexo feminino, são 25,8 milhões de brasileiras convivendo com algum tipo de deficiência. Um número de mulheres que embora elevado, ainda vivem suscetíveis a muitos problemas. Pensando nisso, objetivou-se: Identificar o perfil clínico epidemiológico, descrever o perfil sociodemográfico e identificar as deficiências mais prevalentes das mulheres com deficiência sensitiva e motora atendidas na estratégia de saúde da família do município de Cajazeiras, Paraíba. Para tanto, utilizou-se como método um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Os resultados do estudo demonstram que a maioria das mulheres da pesquisa se autodeclararam ser de cor parda (55,9%), casadas (38,2%), com média de idade de 54,79. Grande parte possui baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto (44,1%), sendo donas de casa (26,5%), agricultoras (20,6%) e trabalhadoras informais (20,6%). Um número relevante afirmou receber algum benefício da previdência (91,2%), e possuírem renda percapita mensal menor que 1 salário mínimo (76,5%). Das deficiências mais prevalentes, temos a paraparesia (38,2%), seguida da deficiência múltipla (14,7%) e mastectomizadas (11,8%). As principais causas dessas deficiências foram às internas (doenças e complicações) e adquiridas, com prevalência de (92,9% e 88,2%) respectivamente. Em relação às comorbidades e complicações, 61,8% afirmaram tê-las, das quais se sobressaiu de forma expressiva a hipertensão associada ao diabetes (42,9%). Dessa população de mulheres com deficiência, 88,2% afirmaram fazer uso de algum medicamento, dos quais 46,7% são anti-hipertensivos e 16,7% anti-hipertensivos e anti-hiperglicemiantes e 23,5% fazem uso de tabaco. Com isso, observou-se que a maioria das mulheres com deficiência estudadas vive em situação de vulnerabilidade social e de saúde.

Palavras-chaves: Pessoas com Deficiência. Saúde da Mulher. Estratégia de Saúde da Família.

FERREIRA, N. I. **Epidemiological clinical profile of women with sensory disabilities and motor assisted health strategy county family Cajazeiras - PB**, 2016, 47p. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center, Nursing Academic Unit, Cajazeiras - PB, 2016.

ABSTRACT

In Brazil there are 45.6 million people with some form of disability. Among this population, there is a majority of females are 25.8 million Brazilian living with a disability. A number of women that although high, live still susceptible to many problems. Thinking about it, it aimed to: Identify the clinical epidemiological profile, describe the sociodemographic profile and identify the most prevalent deficiencies of women with sensory disabilities and motor assisted in the health strategy of the family in the city of Cajazeiras, Paraíba. Therefore, it was used as a method a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. The study results show that most of the research women declared themselves to be mulatto (55.9%), married (38.2%) with mean age of 54.79. Much has low education, with incomplete primary education (44.1%) and housewives (26.5%), farmers (20.6%) and informal workers (20.6%). A significant number said to receive some benefit from social security (91.2%), and having lower monthly per capita income than 1 minimum wage (76.5%). The most prevalent deficiencies, we paraparesis (38.2%), followed by multiple deficiency (14.7%) and mastectomies (11.8%). The main causes of these deficiencies were to internal (diseases and complications) and acquired, with prevalence (92.9% and 88.2%) respectively. Regarding comorbidities and complications, 61.8% said they have them, which excelled expressively hypertension associated with diabetes (42.9%). This population of women with disabilities, 88.2% said they make use of any medication, of which 46.7% are antihypertensives and 16.7% anti-hypertensive and anti-hyperglycemic and 23.5% use tobacco. Thus, it was observed that most studied deficient women living in socially vulnerable and health situation.

Keywords: People with disabilities. Women's Health. Health strategy for the family.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras – PB, 2016.....	21
Tabela 2: Descrição dos dados relativos à profissão e renda das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras- PB, 2016.....	22
Tabela 3: Descrição do tipo de deficiência das participantes de estudo, (n=34), Cajazeiras – PB, 2016.....	24
Tabela 4: Descrição dos dados relativos à deficiência das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras – PB, 2016.....	26
Tabela 5: Descrição do estado de saúde das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras – PB, 2016.....	27
Tabela 6: Descrição do uso de drogas pelas participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras – PB, 2016.....	29

LISTA DE SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CFP – Centro de Formação de Professores

DP – Desvio Padrão

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ETSC – Escola Técnica de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAPS – Posto de Assistência Primária à Saúde

PB – Paraíba

UAENF – Unidade Acadêmica de Enfermagem

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Pessoas com Deficiência.....	15
3.2 Mulheres com Deficiência.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Tipo de Estudo	18
4.2 Local de Estudo.....	18
4.3 População e Amostra	19
4.4 Coleta dos Dados.....	19
4.5 Análise dos Dados.....	19
4.6 Aspectos Éticos.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	36
ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O Censo Demográfico Brasileiro de 2010 revela que existem 45,6 milhões de brasileiros com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população total do país. Esses dados chamam a atenção da sociedade e do poder público, haja vista ser um percentual bastante superior ao encontrado no levantamento anterior, que era de 24,5 milhões de brasileiros que correspondia a 14,5% da população (IBGE, 2000).

Dentre esta população, destaca-se uma maioria de pessoas com deficiência do sexo feminino. São 25,8 milhões de brasileiras convivendo com algum tipo de deficiência motora, sensitiva, intelectual ou múltipla (IBGE, 2010). O que constitui uma parcela expressiva da população que mesmo representadas em grande número, ainda vivem à margem da sociedade como seres inúteis.

Essa visão de inutilidade ou incapacidade se deve a questões históricas e sociais onde a deficiência era compreendida como uma injúria biológica, onde o indivíduo era subjugado ao confinamento ou aos cuidados prestados por familiares (DINIZ, 2007).

Nos dias atuais a deficiência é definida como sendo uma condição de caráter permanente, com perdas ou anormalidades de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que geram a incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal ao ser humano (BERNARDES et al., 2009).

Contudo, esta definição mesmo sendo atual conserva um olhar meramente voltado para o modelo biomédico, onde a perda da função ainda é ligada a incapacidade. Diferente deste modelo, uma visão social da deficiência denota que o fato de ser deficiente não faz do indivíduo incapaz perante a sociedade. É a forma como a sociedade é organizada que faz a pessoa com deficiência ser aceita ou não (CANTORANI et al., 2015).

Mesmo com os avanços relacionados à visão da sociedade sobre a pessoa com deficiência, as mulheres deficientes enfrentam uma condição ainda mais preocupante, onde soma-se as questões da própria deficiência com as questões relacionadas ao gênero. Esse conjunto passa a impor a mulher uma condição social desfavorável, principalmente quando já é do conhecimento de todos que a maioria dessas mulheres possuem baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e dificuldades em suas relações interpessoais.

Essa condição pode expor a mulher com deficiência a diversas situações desfavoráveis, que podem cursar com a perda de direitos e de acesso a bens e serviços. Daí se faz necessário uma investigação mais profunda em relação a essas mulheres, na perspectiva de facultar a elas uma maior visibilidade social. Principalmente no que diz respeito às questões de saúde.

Haja vista, que as mesmas podem apresentar os mesmos problemas e necessidades das mulheres sem qualquer deficiência, necessitando assim de outros serviços além daqueles destinados à reabilitação ou ligados especificamente a sua deficiência (SANTOS et al., 2013).

Deste modo, conhecer o perfil da população de mulheres com deficiência é uma situação premente. Pois, o reconhecimento das necessidades dessa população proporcionará informações indispensáveis para o planejamento, implantação e implementação das ações e serviços de saúde de uma forma horizontal, equânime e acessível.

Diante o exposto, se fez o seguinte questionamento: Qual o perfil clínico epidemiológico de mulheres com deficiência sensitiva e motora atendidas na ESF do município de Cajazeiras-PB?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar o perfil clínico epidemiológico de mulheres com deficiência sensitiva e motora atendidas na Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres com deficiência sensitiva e motora atendidas na estratégia de saúde da família.
- Identificar as deficiências mais prevalentes neste segmento populacional.
- Identificar as principais causas das deficiências.
- Identificar a condição de saúde das mulheres com deficiência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Historicamente, o ser perfeito idealizado por muitos, nasce à imagem e semelhança de Deus, portanto, entre os homens a imagem ideal é a de um ser supremo, tal igual a Deus como retrata algumas religiões (MAZZOTA, 2005).

Desse modo, a pessoa com deficiência passa a ser vista como o ser imperfeito, pois o fato de não serem parecidos com Deus o impõe a condição de imperfeito e com isso o único lugar que o resta é o isolamento social e a culpa pela própria deficiência (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Ressalta-se que a algum tempo a deficiência era tida como maldições decorrentes de eventos sobrenaturais. Onde a sociedade não entendia que a deficiência poderia ser proveniente das mais diversas causas, dentre as quais podemos citar os problemas genéticos, epidemias ou acidentes, dentre outras etiologias. (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Contudo, com o passar dos anos e com a modernização da sociedade, as pessoas começaram a ter um olhar diferenciado sobre as pessoas com deficiência. E no século XIX finalmente, notou-se uma grande mudança para com os indivíduos com deficiência. Pois, surgiram serviços especializados para este público e iniciaram-se pesquisas voltadas para esta problemática. A partir daí, passou-se a enxergar as deficiências pelo seu lado mais biológico e científico, buscando conhecer a sua fisiologia e anatomia (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Apenas um século depois, deu-se início à criação de órgãos e políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência no Brasil, quando em 1989 foi sancionada a lei 7.853, que promulgou a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (GARCIA, 2014).

Essa Lei conceituou a deficiência como sendo qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica das quais resulte incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Assim, considera-se pessoa com deficiência aquele indivíduo com deficiência física, auditiva, visual, mental ou múltipla (BRASIL, 1999).

Mesmo diante desse avanço histórico e social, em pleno século XXI, a imagem que o senso comum tem acerca das pessoas com deficiência corresponde a alguém que foge aos padrões de normalidade (FRANÇA; PAGLIUCA, 2002). Fazendo com que esses indivíduos

permaneçam em situação de preconceito passando por inúmeras dificuldades, sendo estas causadas tanto pela sociedade quanto pelo próprio indivíduo que muitas vezes se isola e acaba por deixar de viver plenamente.

Dentre as dificuldades impostas pela sociedade estão a precariedade de pesquisas científicas voltadas às condições sociais, biológicas e fisiológicas da pessoa com deficiência, e a exclusão social, já as impostas pelo próprio indivíduo giram em torno da auto aceitação, da autoajuda, da baixa autoestima e da sexualidade (FRANÇA; PAGLIUCA, 2002).

Para desconstruir essas barreiras faz-se necessário a articulação de serviços que possam promover a assistência a essas pessoas. Contudo, a assistência à pessoa com deficiência na iniciativa pública ou privada é frágil, desarticulada e com ações fragmentadas e pontuais (MAIA et al., 2009).

Ressaltando que a qualidade assistencial está intimamente relacionada à inclusão social, e para a plena inclusão dessas pessoas na sociedade se faz necessário uma reabilitação que vai além da capacidade funcional (INTERDONATO; GREGUOL, 2012).

No tocante a inclusão da pessoa com deficiência, o Brasil tem avançado no que diz respeito à promoção dos direitos das pessoas com deficiência, através de políticas públicas, que almejam inseri-las na sociedade, respeitando suas características e peculiaridades. Buscando através disso, desmistificar crenças e valores acerca do que é ser pessoa com deficiência, sobretudo ao obter sanção, pelo Estado, de legislação específica que assegure a inclusão social dessas pessoas (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

Já no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde publicou a portaria que trata da Política Nacional de Assistência à pessoa portadora de deficiência, que tem como princípios gerais ofertar a pessoa com deficiência qualidade de vida e assistência integral. Mas, para que isso ocorra é imprescindível alcançar a equidade na saúde e eliminar as disparidades existentes (BRASIL, 1999; INTERDONATO; GREGUOL, 2012).

França, Pagliuca, Baptista (2008), afirmam que a política pública de inclusão social das pessoas com deficiência é um instrumento de efeito a longo prazo, que engloba vários atores no campo das decisões e requer implementação, execução e avaliação. Além de ressaltar, a importância do profissional de enfermagem que precisa inserir-se ativamente na equipe de reabilitação, desenvolvendo educação em saúde, para ajudar as pessoas com deficiência a assumirem o autocuidado e desenvolverem consciência transitiva crítica para facilitar a inclusão social, buscada nessas políticas.

3.2 MULHERES COM DEFICIÊNCIA

As mulheres com deficiência constituem uma porcentagem expressiva da população brasileira, muito embora essas mulheres não consigam garantir seus direitos, e torná-los validados em benefício próprio, fundamentados no princípio da igualdade (SANTOS et al., 2013).

São duplamente discriminadas, tanto pela questão de gênero, onde apenas o fato de “ser mulher” as torna fragilizadas perante a sociedade. Quanto por terem algum tipo de deficiência, sem contar com outras formas de discriminação, tais como, racial, sexual, classe, etc. (SANTOS et al., 2013). E mesmo representadas em grande número, essas mulheres são constantemente vítimas de preconceito e sujeitadas a viverem oprimidas e à margem da sociedade. Em sua grande maioria, possuem baixo nível de escolaridade, baixo poder aquisitivo, pouco convívio social e acesso restrito aos serviços de saúde, o que geralmente, agrava a situação.

Ressalta-se que, para as pessoas com deficiência conquistarem a igualdade concreta, é preciso que o seu desenvolvimento pessoal seja assegurado, no campo das artes e das letras, da prática desportiva formal e não formal, do lazer e do turismo (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

Não suficiente, as mulheres com deficiência também vivenciam a violência, seja ela em vida pública, ao serem tratadas como inúteis e “defeituosas”, quanto na vida privada, onde muitas vezes o abandono ou a superproteção às tornam coagidas e dependentes (SOUTO et al., 2012).

4 METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte da pesquisa intitulada “Perfil Clínico Epidemiológico e capacidade de Autocuidado de pessoas com deficiência do município de Cajazeiras - PB”.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, que para Hochman et al (2005) são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Nesse tipo de estudo não existe período de seguimento dos indivíduos estudados. Isto é, produzem-se "instantâneos" da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e também determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na área que compreende a população atendida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS), Unidade São José, Unidade Amélio Estrela, Unidade Francisco Gonçalves de Albuquerque, do município de Cajazeiras/PB. Tal município possui uma área territorial de aproximadamente 565,899 km², com densidade demográfica de 103,28 hab./Km² e população de 61.030 habitantes. Atendem atualmente a população deste município 23 Equipes de Saúde da Família, sendo que as equipes são constituídas por enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem e agentes de saúde (IBGE, 2010).

Vale ressaltar que a Unidade PAPS, conta com parceria da Escola Técnica de Saúde (ETSC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde em sua estrutura física também funcionam temporariamente os serviços da Unidade São José, atendendo à demanda da comunidade com equipe própria.

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais foram coletados dados prestam serviços primários oferecendo atenção básica e assistência ambulatorial à comunidade, e são compostas por equipe multiprofissional, dentre estas 03 estão localizadas na zona urbana (Unidades PAPS, São José e Amélio Estrela) e 01 está localizada na zona rural (Unidade Francisco Gonçalves de Albuquerque).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por todas as mulheres cadastradas nas quatro unidades estudadas, da Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB. A amostra foi composta por 34 mulheres com deficiência sensitiva e/ou motora que atenderam aos critérios utilizados para inclusão.

O número de mulheres com deficiência das 4 unidades é de 39 mulheres, das quais 34 responderam ao estudo, 02 recusaram-se e 03 não foram abordadas pela pesquisadora por residirem em local de difícil acesso no período da coleta de dados.

Foram considerados como critérios de inclusão ser maior de 18 anos e apresentar algum tipo de deficiência sensitiva e/ou motora. Nos casos de deficiência visual foram consideradas a cegueira unilateral e cegueira bilateral, e para a deficiência auditiva os indivíduos com surdez unilateral e surdez bilateral. E como critérios de exclusão foram considerados as mulheres com algum tipo de deficiência intelectual, e/ou não encontradas no domicílio após três visitas consecutivas.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada após a identificação da pessoa com deficiência residente na área da ESF, junto às quatro Unidades (PAPS, São José, Amélio Estrela e Francisco Gonçalves de Albuquerque), do município de Cajazeiras-PB. Para a identificação dos sujeitos do estudo, a pesquisadora buscou o cadastro das famílias com pessoas com deficiência junto às Unidades de Saúde acima citadas.

Os dados foram coletados em um único momento, no domicílio do entrevistado, utilizando um instrumento de caracterização do perfil sociodemográfico e clínico epidemiológico (Apêndice A), contendo questões abertas e fechadas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do SPSS (versão 21). Utilizou-se de estatísticas descritivas de frequência relativa e absoluta, além de média e desvio padrão.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os componentes éticos e legais estiveram presentes em todas as fases da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que

dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ao longo da pesquisa, foram considerados os pressupostos da bioética, configurados em sua resolução: autonomia; não maleficência; beneficência e justiça.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e que sua participação é voluntária reforçando que os mesmos têm o direito a desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de comprometimento para o mesmo. Após o consentimento do participante do estudo, o mesmo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e lhes foi entregue uma via do documento devidamente assinada pela pesquisadora responsável.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer nº 1.478.168 (Anexo B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 34 mulheres participantes do estudo tiveram seu perfil sociodemográfico e clínico epidemiológico apresentados através de tabelas e discutidos a luz da literatura.

A tabela 1 faz a descrição de dados demográficos e verifica-se que a maioria das mulheres é de cor parda (55,9%), casadas (38,2%) e tem 54,79 de média de idade de (DP = 17,94).

Tabela 1: Descrição dos dados sociodemográficos das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras-PB, 2016.

	<i>f</i>	%
<i>Cor</i>		
Branca	10	29,4
Preta	3	8,8
Parda	19	55,9
Amarela	2	5,9
<i>Condição civil</i>		
Casada	13	38,2
Solteiro	10	29,4
Divorciada	1	2,9
Viúva	6	17,6
União estável	4	11,8
<i>Idade</i>		
De 18 a 33 anos	3	8,8
De 34 a 49 anos	9	26,5
De 50 a 65 anos	12	35,3
De 66 a 81 anos	9	26,5
Maior que 81 anos	1	2,9
Média (desvio padrão)	54,79	17,94

Fonte: Pesquisa Direta, 2016

DP = desvio padrão

Estes dados corroboram com o último censo brasileiro onde a maioria das mulheres com algum tipo de deficiência também se autodeclararam em sua maioria ser de cor parda (IBGE, 2010).

No tocante ao estado civil e idade, os dados sugerem que essas mulheres são sexualmente ativas e que provavelmente estão passando pelo período entre a idade reprodutiva e o climatério. Assim, a assistência em saúde dispensada a elas precisam ser direcionadas para atender a essa demanda.

De acordo com Nicolau, Schraiber e Ayres (2013) algumas mulheres enfrentam preconceitos para viver a sexualidade, na medida em que habitam um corpo que destoa dos padrões estéticos vigentes e enfrentam a descrença da sociedade de que possam corresponder às expectativas de gênero, como assumir os papéis de cuidadora, esposa e mãe. Ou seja, existe uma visão social que coloca a pessoa com deficiência como sendo assexuada.

A tabela 2 apresenta a descrição dos dados relativos à escolaridade, profissão e renda. Verifica-se que 44,1% das mulheres com deficiência possui ensino fundamental incompleto, uma pequena maioria são donas de casa (26,5%), seguida de agricultoras (20,6%) e trabalhadoras informais (20,6%). Um grande número recebe benefício da previdência (91,2%), sendo aposentadoria ou auxílio por invalidez e possuem renda per capita menor que um salário mínimo (76,5%).

Tabela 2: Descrição dos dados relativos à escolaridade, profissão e renda das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras-PB, 2016.

	<i>f</i>	%
<i>Escolaridade</i>		
Ensino fundamental incompleto	15	44,1
Ensino fundamental completo	1	2,9
Ensino médio incompleto	3	8,8
Ensino médio completo	3	8,8
Sem escolaridade	12	35,3
<i>Profissão</i>		
Agricultora	7	20,6
Estudante	2	5,9
Trabalhadora formal	6	17,6
Trabalhadora informal	7	20,6

Dona de casa	9	26,5
Não possui	3	8,8
<i>Ocupação</i>		
Aposentada	12	35,3
Trabalha fora	2	5,9
Estudante	1	2,9
Dona de casa	16	47,1
Sem ocupação	3	8,8
<i>Recebe benefício da previdência</i>		
Sim	31	91,2
Não	3	8,8
<i>Renda mensal per capita</i>		
Menor que 1 salário mínimo	26	76,5
De 1 a 2 salários mínimos	7	20,6
Maior que 2 salários mínimos	1	2,9

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

No que diz respeito à escolaridade, foi evidenciado que a maioria das mulheres apresentam poucos anos de estudo e isso pode vir a favorecer uma desigualdade em relação a outros grupos populacionais. Estes dados corroboram com o último estudo feito pelo IBGE, onde as pessoas com deficiência apresentaram taxas de alfabetização menores do que a população total em todas as regiões brasileiras, sendo que no nordeste este percentual é mais preocupante (BRASIL, 2012).

Vale destacar que a baixa escolaridade influencia de forma negativa nos que diz respeito ao acesso a bens e serviços e dificulta o processo de educação para a saúde. De acordo com Krause e Cartes (2009) esta condição dificulta o processo de inclusão social, principalmente, no tocante ao ingresso no mercado de trabalho onde a educação é um dos fatores chave para pessoas com e sem qualquer deficiência.

Constatou-se também que a baixa escolaridade pode ter sido um fator importante no tocante a profissão das mulheres do estudo. Haja vista que a maioria delas são do lar, agricultoras ou trabalhadoras informais, profissões que exigem pouca ou nenhuma especialização e escolaridade.

Cavalcanti et al (2012) afirma que a economia global exige cada vez mais mão de obra qualificada, o que causa uma grande competição entre as pessoas que procuram uma vaga de emprego e que nesta condição, a baixa escolaridade é um fator negativo. Pois, no ponto de vista capitalista, almeja-se cada vez mais trabalhadores qualificados e capacitados, o que acaba ocasionando o aumento das desigualdades sociais e o aumento do desemprego. Conjectura-se que isso impossibilita a inserção da pessoa com deficiência, e sabemos que o desemprego é uma das formas mais conhecidas de exclusão social.

No tocante a renda, foi possível observar que a maioria das mulheres sobrevivem com uma renda familiar per capita de menos de 1 salário mínimo. Pesquisa realizada no ano de 2012 revela que o indicador de pobreza na Paraíba é crítico, pois atinge 53% da população (BRASIL, 2012). Esses dados conferem com a tese de que a deficiência tem forte ligação com a pobreza.

Corroborando com esse estudo a OMS (2012) afirma que a deficiência e a pobreza estão intimamente relacionadas devido a sua condição bidirecional. Onde a deficiência pode aumentar o risco de pobreza e a pobreza pode aumentar o risco de deficiência.

A tabela 3 mostra que existem mais deficiências por paraparesia, seguido de deficiência múltipla e as mastectomizadas.

Tabela 3: Descrição do tipo de deficiência das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras-PB, 2016.

	<i>f</i>	%
Paraparesia	13	38,2
Paraplegia	1	2,9
Hemiplegia	3	8,8
Ostomizada	1	2,9
Mastectomizada	4	11,8
Surdez bilateral	1	2,9
Amputação mid	2	5,9
Amputação mie	1	2,9
Amputação de dois ou mais membros	1	2,9
Múltipla deficiência	5	14,7
Tetraparesia	1	2,9
Amputação mse	1	2,9

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

A paraparesia é caracterizada pela perda parcial das funções motoras dos membros inferiores, sendo considerada como uma das deficiências motoras (BRASIL, 2004). Assim os dados do estudo assemelham-se aos dados do último censo, que colocam a deficiência motora como segunda deficiência mais prevalente do Brasil correspondendo a 7% das mais encontradas entre as mulheres (BRASIL, 2012).

Contudo, a deficiência mais prevalente na população feminina brasileira é a deficiência visual correspondendo a 18,6% (BRASIL, 2012). Destaca-se que a deficiência visual compreende uma gama muito grande de especificidades, como baixa visão, cegueira e qualquer outro tipo de problema que possa exigir correção como no caso da miopia.

Esses dois tipos de deficiência ficaram classificadas como as de maior prevalência em todos os grupos etários analisados, e na região Nordeste essa taxa subiu consideravelmente, desde o último estudo censitário feito em 2000. Ressalta-se que a Paraíba é o segundo maior Estado em prevalência de mulheres com alguma deficiência na região Nordeste, com prevalência de 27,58%.

No tocante as mulheres mastectomizadas, estas tiveram seu corpo mutilado devido ao câncer de mama, que é considerado um problema de saúde pública, por ser o tipo de neoplasia mais incidente na população feminina brasileira (FABRO et al., 2016).

A mastectomia é um procedimento cirúrgico de cunho agressivo, usado como prevenção ou tratamento do câncer mamário, no qual, retira-se totalmente ou parcialmente uma ou as duas mamas, e é utilizada como forma de evitar que a neoplasia se alastre por outros órgãos do corpo, ou reincida na mama tratada apenas com terapêutica química medicamentosa (ALCÂNTARA, 2014).

Entretanto, a mutilação decorrente da mastectomia favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Um dos principais fatores que interferem na imagem corporal da mulher são os parâmetros que a sociedade cria para determinar o corpo feminino perfeito (MARQUES; OKAZAKI, 2012).

Já deficiência múltipla refere-se a junção de duas ou mais deficiências associadas, conforme o decreto 5.295, art. 5º. (BRASIL, 2004). Entre as deficiências múltiplas mais prevalentes no estudo, destaca-se a surdez e mudez associadas a alguma deficiência motora (paraparesia ou paraplegia). A caracterização dessa deficiência se dá de acordo com o nível de desenvolvimento e alteração de cada ordem e a necessidade condizente a cada indivíduo (GODÓI, 2006).

Ressalta-se que a maioria das deficiências encontradas no estudo é de origem adquirida conforme destaca a tabela 4, que demonstra 88,2% das deficiências como adquiridas de origem interna (câncer, Acidente Vascular Encefálico (AVE), artrite, artrose, poliomielite, complicações do diabetes, etc.).

Tabela 4: Descrição dos dados relativos à causa e origem da deficiência das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras-PB, 2016.

	<i>f</i>	%
<i>Origem da deficiência</i>		
Adquirida	30	88,2
Congênita	4	11,8
Conhece a causa		
Sim	28	82,4
Não	6	17,6
Qual		
Externa (acidentes, violência, quedas, etc.)	2	7,1
Interna /Doenças: (Câncer, AVE, artrite, artrose, poliomielite, complicações do Diabetes, etc.)	26	92,9

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

Em relação às principais causas das deficiências, os dados deste estudo convergem com a pesquisa de Castro et al (2008), que encontrou de modo geral, que as deficiências são na sua maioria adquiridas por causa interna, devido doenças. Os mesmos afirmam ainda, que as deficiências físicas das mulheres tiveram como causa alguma doença o que pode indicar que estas são mais suscetíveis a fatores incapacitantes ligados a fatores internos do organismo quando comparadas com os homens, ou seja, mais expostas a doenças que culminam com a deficiência física. Isso poderia ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres e por isso há uma maior incidência de doenças como AVE, artrites e outras doenças incapacitantes.

Brasil (2008) também ressalta que existe uma relação íntima entre o aumento da expectativa de vida das mulheres e o surgimento de doenças crônicas-degenerativas como a hipertensão, o diabetes, o infarto, o AVE, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose, entre outros que podem culminar com algum tipo de deficiência adquirida. Assim percebe-se que a maioria das causas das deficiências poderiam ser evitadas com programas de prevenção e proteção à saúde da população feminina.

Conforme Primo et al (2008), para que essa prática de proteção e prevenção se realize é necessário a presença de um profissional de enfermagem com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, que atue com senso crítico e humanização, capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às reais necessidades das mulheres, unindo os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Mas, para isso deve-se realizar um constante contato com essas mulheres, estimulando sua participação nas atividades.

A importância dessa participação gira em torno de sensibiliza-las quanto á prevenção precoce, e para que as mesmas conheçam seu corpo, e as mudanças que acontecem em todas as fases evolutivas da vida. (BAUMGUERTNER; CRUZ, 2013)

Baumguertner e Cruz (2013) afirmam ainda, que é necessária uma capacitação adequada dos profissionais de saúde para atender às necessidades de saúde desta população, criando medidas educativas nas diversas áreas que abrangem a saúde da mulher, com o intuito de atendê-las em todas as suas fases evolutivas, tendo em vista, o aumento da expectativa de vida, seus hábitos, suas necessidades de saúde, bem como, o seu padrão demográfico. Buscando, não apenas corrigir danos, mas principalmente atuar na prevenção precoce com ações socioassistenciais.

Em relação à descrição do estado de saúde das mulheres do estudo a tabela 5 mostra que 61,8% possui alguma comorbidade e/ou complicação associada ou não a deficiência. Sendo que destas, 42,9% apresentam a hipertensão associada ao diabetes como doenças mais comuns.

Tabela 5: Descrição do estado de saúde das participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras-PB, 2016.

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Comorbidades e complicações</i>		
Sim	21	61,8
Não	13	38,2
<i>Quais</i>		
Hipertensão e diabetes	9	42,9
Hipertensão	8	38,1
Diabetes	1	4,8
Convulsões	2	9,5
Outros	1	4,8

No tocante às comorbidades associadas, Rimmer e Rowland (2008) afirmam que as pessoas com deficiência desenvolvem os mesmos problemas da população em geral. Contudo, fatores comportamentais como a inatividade e a auto-exclusão os tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas.

O atual estudo demonstrou que a maioria das mulheres apresentam pelo menos uma doença crônica, sendo a associação entre a hipertensão e o diabetes as mais prevalentes. Ressaltamos que essas doenças estão intimamente relacionadas com os hábitos de vida da população.

O sedentarismo e o aumento do número de doenças crônicas formam um círculo vicioso: doenças e inaptidão diminuem o nível de atividade física que, por sua vez, predispõem o indivíduo ao maior risco de doenças e a incapacidade funcional (COELHO; BURINI, 2009).

De modo geral, a prática de atividades físicas ainda é uma das melhores formas de prevenção, pois promove a redução do risco de doenças sistêmicas adquiridas, como diabetes mellitus do tipo 2, doenças cardiovasculares, desordens neoplásicas, entre outras. O exercício físico ainda se relaciona com a melhora da habilidade funcional e qualidade de vida (TEODORO et al, 2014). Contudo a maioria das mulheres do estudo apresentam limitações que inviabilizam a prática da maioria das atividades físicas, o que pode favorecer o seu adoecimento.

O comportamento saudável pode melhorar a qualidade de vida e retardar o surgimento de condições crônicas e incapacidades (OMS, 2009). Para tanto, é necessário que se tenha ao menos o mínimo de condições para que essas pessoas possam desenvolver suas potencialidades e habilidades. O que de certo modo, aumenta a responsabilidade das ESF's em desenvolverem planos com enfoque para o controle das doenças e promoção da saúde, já que a aceitação ao tratamento dessas comorbidades tem tendência a ser menor em indivíduos com baixa escolaridade e poucas oportunidades (MIRANZI et al, 2008).

Diante disso, supõe-se que a baixa adesão das mulheres com deficiência à prática de atividade física vai além de suas limitações físicas, tendo associação também, ao seu baixo poder aquisitivo e pouco acesso a novas oportunidades e informações.

A tabela 6 mostra que 88,2% das entrevistadas usam medicamentos e destas, 46,7% usam anti-hipertensivos e 16,7% usam além de anti-hipertensivos, anti-hiperglicemiantes. Cerca de ¼ da amostra, o que corresponde a 23,5% relatou fazer uso de álcool, drogas ou tabaco. Sendo destes, 87,5% fazem uso de cigarro.

Tabela 6: Descrição do uso álcool, drogas e tabaco pelas participantes do estudo, (n=34), Cajazeiras-PB, 2016.

	<i>f</i>	%
<i>Uso de medicamento</i>		
Sim	30	88,2
Não	4	11,8
<i>Qual</i>		
Anti hipertensivos	14	46,7
Anti hipertensivos e anti-hiperglicemiantes	5	16,7
Psicotrópicos	7	23,3
Outros	4	13,3
<i>Uso de álcool, droga, tabaco</i>		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5
<i>Tipo</i>		
Cigarro	7	87,5
Cachimbo	1	12,5

Fonte: Pesquisa direta (2016)

É sabido que com o quadro de doenças crônico-degenerativas, instalar o uso de medicamento é quase uma premissa do seu tratamento a fim de retardar ou evitar complicações. Assim os achados do estudo relacionados ao uso de medicamentos é justificado diante do grande número de mulheres com algum tipo de comorbidade. Este dado corrobora com estudo de Lyra Júnior et al. (2006) que afirma que a prevalência de doenças crônico-degenerativas tendência ao uso dos medicamentos a partir da quarta década de vida.

Os aumentos do acesso aos medicamentos, como parte do cuidado integral as pessoas com doenças crônicas, incorporam-se entre as estratégias elaboradas, tendo em vista que o tratamento medicamentoso permite a diminuição da morbimortalidade, o controle das doenças, e melhora da qualidade de vida dos usuários portadores de diversas condições de saúde (TAVARES et al, 2015).

Destaca-se também que o uso de medicamentos pela amostra estudada, se deu por alta adesão ao tratamento medicamentoso e baixa automedicação, já que a maioria das participantes afirmaram usar medicamentos somente por prescrição médica. O que provavelmente indica que todas essas mulheres tinham acompanhamento clínico, já que esse acompanhamento produz resultados positivos quanto a não automedicação (MENDES; EMMERICK; LUIZA, 2014).

Mendes et al. (2014) afirma ainda que, o uso correto desses medicamentos são grandes aliados no controle dessas doenças, porém, se usados de forma indiscriminada podem trazer graves complicações no quadro de saúde e comprometer a qualidade de vida dos indivíduos portadores dessas comorbidades.

No tocante ao uso de álcool e drogas ilícitas não foi constatado nenhuma participante que faziam uso dos mesmos. Contudo, 23,5% das mulheres do estudo afirmam fazer uso de cigarros ou cachimbo, esse hábito ao ser associado à presença de doenças crônicas pode favorecer ainda mais o agravamento da condição de saúde dessas mulheres. Pois, o tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil, e a principal causa de morte evitável, sendo o seu controle considerado pela OMS como um dos maiores desafios da atualidade, por ser identificado como o maior fator de risco de doenças como câncer de pulmão, doenças cardíacas, coronarianas e doenças respiratórias, também está relacionado ao câncer bucal, à doença periodontal e a uma pobre saúde bucal. Bem como, é citado na literatura como forte ligação à queda de rendimento intelectual e à falta de atividade física. Além de agravar significativamente o quadro de doenças já instaladas, como por exemplo, a hipertensão, o diabetes e AVE's (GRANVILLE-GARCIA et al, 2009).

6 CONCLUSÃO

As mulheres com deficiência são parte expressiva da população brasileira. Contudo, vivem marginalizadas perante a sociedade, pois são vítimas de preconceitos e convivem em desigualdades com as pessoas sem deficiência, levando-as a uma condição de vulnerabilidade social.

Esta situação de vulnerabilidade se mostrou presente nesse estudo, que identificou o perfil clínico epidemiológico e sociodemográfico das mulheres com deficiência ao observar que grande parcela da população estudada sobrevive com baixa renda, a maioria obtida por algum auxílio previdenciário; têm baixa escolaridade, trabalham na agricultura familiar ou são donas de casa, apresentaram comorbidades ou complicações, baixo índice de atividade física, e alta adesão ao uso de medicamentos, fatos que possuem relação direta com a deficiência, que na maioria das vezes as tornam restritas a viverem em tais condições, muitas vezes por falta de conhecimento, dificuldades de locomoção ou pouco acesso a informações e melhores oportunidades. Deste modo, essa situação dificulta o desenvolvimento social e de saúde dessas mulheres, que se restringem ao ambiente desfavorável em que vivem.

Destacamos também que esse estudo apresentou algumas limitações relacionadas basicamente ao difícil acesso aos domicílios das participantes, o que impossibilitou uma abrangência maior da área estudada.

Contudo, concluímos que tal estudo apresentou-se com dados e achados fidedignos e em consonância com a literatura, que destaca que os principais problemas das mulheres com deficiência, estão relacionados a dificuldades sociodemográficas, bem como relacionados à saúde.

Diante da problemática encontrada se faz necessário um olhar diferenciado para esta população a fim de proporcionar ações que possam mudar a condição de saúde e de acesso e acessibilidade. Ressaltamos ainda a importância do papel do enfermeiro na assistência direta as pessoas com deficiência na Atenção Básica na perspectiva de facultar aos mesmos, autonomia e independência.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, B. R. C. **Revisão integrativa: assistência do enfermeiro às mulheres mastectomizadas**. 2014. 29f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2014.

BAUMGUERTNER K. G; CRUZ R. A. Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família – ESF. **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.36, p. 167-180 abr./jun. 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 20 dez. 1999. Seção 1, p.1.

_____. **Decreto Nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 02 dez. 2004. Seção 1, p.1.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2008.

_____. Cartilha do Censo 2010. **Pessoas com Deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466/12**. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Avanços das Políticas Públicas para as pessoas com Deficiência**, 1ª ed., Brasília, 2012.

CANTORANI, J. R. H. et al. Dimensão da Deficiência e o olhar a respeito das Pessoas com Deficiência a partir dos recenseamentos no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.21, n.1, p.159-1765, jan./mar. 2015.

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

CAVALCANTI, V. M. et al. Inclusão no mercado de trabalho: a experiência de pessoas com deficiência física na Paraíba. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, Campina Grande, v.1, n.2, p.85-91, jul./dez. 2012.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.22, n.6, p.937-946, nov./dez. 2009.

DINIZ D. **O que é deficiência?** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense; 2007.

FABRO, E. A. N. et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.4-8, 2016.

FERNANDES, L. B.; SCHLESNER, A.; MOSQUERA, C. Breve Histórico da Deficiência e seus Paradigmas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba, v.2, p.132-144, jul. 2011.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Ditos e não-ditos a integração social das pessoas com deficiência. **Revista Rene**, Fortaleza, v.3, n.1, p.57-66, jan./jun. 2002.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.1, p.112-116, 2008.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: Fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Rene**, Fortaleza, v.9, n.2, p.120-128, abr./jun. 2008.

GARCIA, V. G. **Avanços e desafios das políticas para pessoas com deficiência**. 2014. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/avancos-e-desafios-das-politicas-para-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

GODÓI, A. M. **Educação Infantil. Saberes e Práticas da Inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem:** deficiência múltipla. 4.ed. Brasília: MEC, 2006.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. G. et al. Tabagismo e fatores associados entre acadêmicos de odontologia. **Revista da Faculdade Odontologia da UPF**, Passo Fundo, v.14, n.2, p.92-98, mai./ago. 2009.

HOCHMAN, B.; et al. Desenhos de pesquisa. **Revista Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v.20, suppl.2, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em: <<https://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=250370>> Acesso em: 17 abril 2016.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Promoção de saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.3, p.369-375, jul./set. 2012.

KRAUSE, J. S.; CARTER, R. E. **Risco de mortalidade após a lesão medular**: relação com o apoio social, educação e renda. *Medula Espinhal*, v.47, p. 592-596, 2009.

LYRA JÚNIOR, D. P.; et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, p.435-441, mai./jun. 2006.

MAIA, E. R.; et al. Assistência à pessoa com deficiência: competências do agente comunitário de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.3, n.4, 2009.

MARQUES, T. S.; OKAZAKI, E. L. F. J. Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro**, Santo Amaro, v.13, n.1, p.53-58, 2012.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MENDES, C. C.; et al. **A Paraíba no contexto nacional, regional, e interno**. Brasília: Livraria do Ipea, 2012, p.80.

MENDES, L. V. P.; EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L. Uso de medicamentos entre portadores de doenças crônicas: um estudo observacional no estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v.95, n.2, p.732-747, 2014.

MIRANZI, S. S. C.; et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n4, p.672-679, out./dez. 2008.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 863-872, mar. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã, 2009.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PRIMO, C.C. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento à Mulher no Programa Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**. v.1, n. 1, 2008. p. 76-82.

RIMMER, J. H.; ROWLAND, J. L. Health promotion for people with disabilities: implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. **American Journal of Lifestyle Medicine**, Califórnia, v.2, p.409-420, 2008.

SANTOS, L. F. M.; et al. Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.7, n.7, p.4775-4781, jul. 2013.

SOUTO, R. Q.; et al. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.17, n.1, p.72-77, jan./mar. 2012.

TAVARES, N. U. L.; et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p.315-323, abr./jun. 2015.

TEODORO, L. F.; et al. As contribuições da prática de atividades físicas adaptadas na qualidade de vida de pessoas com deficiência física. **Revista ENAF SCIENCE**, Poço de Caldas, v.9, n.1, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Coleta de Dados

Participante N° _____	
Nome: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / Quantos: _____	
Qual(s) o(s) tipo(s) de parto? <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Vaginal	
Vida sexual ativa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ens. Fund. Completo <input type="checkbox"/> Ens. Fund. Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Méd. Completo <input type="checkbox"/> Ens. Méd. Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Sup. Completo <input type="checkbox"/> Ens. Sup. Incompleto <input type="checkbox"/> Sem escolaridade
Cor/Raça (autodeclarada): <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela	
Tipos de deficiência: <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Amputação MIE <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Ostomizado <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Mastectomizado <input type="checkbox"/> Tetraparesia <input type="checkbox"/> Surdez Unilateral <input type="checkbox"/> Paraparesia <input type="checkbox"/> Surdez Bilateral <input type="checkbox"/> Amputação MSD <input type="checkbox"/> Cegueira Unilateral <input type="checkbox"/> Amputação MSE <input type="checkbox"/> Cegueira Bilateral <input type="checkbox"/> Amputação MID <input type="checkbox"/> Outra(s) Deficiência(s) <input type="checkbox"/> Mudez Qual(is): _____	
Deficiência: <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congênita	Conhece a causa? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Qual foi? _____ Data: _____
Condição Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
Religião: _____	
Profissão: _____	Ocupação: _____
Recebe algum benefício da Previdência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Qual? _____	

Recebe algum benefício Social? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Qual? _____	
Mora com: _____ _____	Posição familiar: _____ _____
Renda mensal: R\$ _____	Tipo de moradia: <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Outros/Qual: _____
Hábitos de lazer: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Qual(is): _____	Prática de atividade física: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Tipo: _____ Frequência: _____
Plano de saúde: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Estado Vacinal: <input type="checkbox"/> Atualizado <input type="checkbox"/> Em atraso/Qual(is) vacinas: _____
Comorbidades e Complicações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais: _____	
Serviços de saúde utilizados no último ano: <input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica de reabilitação <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Associações <input type="checkbox"/> Outros. Qual(s)? _____	
Foi hospitalizado no último ano? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Causa: _____ Tempo de Hospitalização: _____	
Faz uso de algum medicamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Qual(is)/ Quem prescreveu: _____	
Uso de álcool, tabaco e drogas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim/Tipo: <input type="checkbox"/> Etilista <input type="checkbox"/> Fumante <input type="checkbox"/> Drogas. Qual(is)? _____	

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Olá, meu nome é Cecília Danielle Bezerra Oliveira e sou Enfermeira, professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, campus Cajazeiras – PB, e o (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “*Perfil Clínico Epidemiológico e Capacidade de Autocuidado de Pessoas com Deficiência do Município de Cajazeiras PB*”.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A pesquisa se justifica diante da necessidade de se conhecer as reais necessidades da população com deficiência do município e assim facilitar o planejamento, implantação e implementação de ações de saúde de uma forma horizontal, equânime e acessível. Os objetivos dessa pesquisa são: Descrever o perfil clínico epidemiológico e a capacidade de autocuidado das pessoas com deficiência do município de Cajazeiras, Paraíba; traçar o perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência; identificar a capacidade de autocuidado relacionada com cada tipo de deficiência; indicar as principais associações entre os tipos de deficiência e suas possíveis causas; identificar os principais déficits de autocuidado das pessoas com deficiência; relacionar os tipo de deficiências segundo características sociodemográficas.

PROCEDIMENTOS: O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: o senhor ou senhora irá responder a um questionário sobre sua condição social e de saúde e em seguida será aplicada a Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado, composta por 24 perguntas sobre seu sua capacidade de cuidar de si próprio(a).

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Essa pesquisa apresentará um desconforto e risco mínimo no tocante à saúde psicológica e emocional pelas questões abordadas, no entanto seu desenvolvimento trará inúmeros benefícios para os pesquisadores, participantes e para profissionais de saúde, pois identificará qual o perfil da população com deficiência do município e sua capacidade de autocuidado de sendo possível a partir dos dados obtidos gerarem subsídios para promover a melhoria e manutenção da qualidade de vida pessoa com deficiência.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o senhor apenas responderá questões pertinentes a sua condição sociodemográfica, de saúde e autocuidado na qual não o irá expor a constrangimentos e nenhum tipo de procedimento necessário de intervenção médica ou de outros profissionais de saúde.

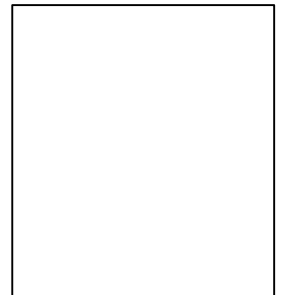
GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) a respeito da pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços em qualquer estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o (a) Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a professora Ms. Cecília Danielle Bezerra Oliveira através do email: cecilia.dbo@gmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

Cajazeiras – PB ____/____/____.



Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Responsável

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

Eu, Cecília Danielle Bezerra Oliveira, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Nathana Inácio Ferreira, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pela discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 09 de Março de 2016.

Prof.^a Ms. Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

SIAPE 2107860-2

APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, Nathana Inácio Ferreira, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Cecília Danielle Bezerra de Oliveira a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 09 de Março de 2016.

Nathana Inácio Ferreira

MATRÍCULA 209220031

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "PERFIL CLINICO EPIDEMIOLÓGICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS PB", à ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) *CECÍLIA DANIELLE BEZERRA OLIVEIRA*, sob orientação da Professora Cecília Danielle Bezerra Oliveira está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ 08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa

Sem mais,

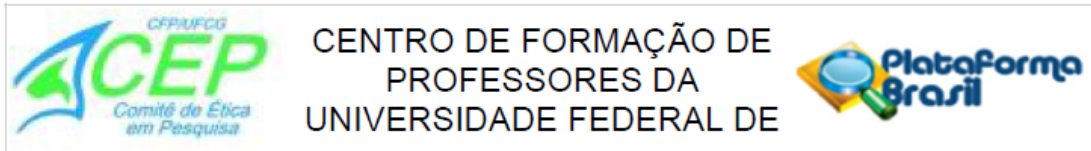
Atenciosamente,

Cajazeiras, 24 de Fevereiro de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Régio
Coordenadora do Programa Rede Escola

Assunto: Anuência à Pesquisa
Assinatura: Renata Emanuela de Queiroz Régio
Instituição: Prefeitura Municipal de Cajazeiras

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UFCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLINICO EPIDEMIOLÓGICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS PB

Pesquisador: Cecília Danielle Bezerra Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53861416.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.478.168

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLINICO EPIDEMIOLÓGICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS PB, 53861416.8.0000.5575 e sob responsabilidade de Cecília Danielle Bezerra Oliveira trata de um estudo descritivo transversal. A investigação será realizada no município de Cajazeiras, estado da Paraíba. A amostra será composta por todas as pessoas com deficiência sensitiva e/ou motora cadastradas na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERFIL CLINICO EPIDEMIOLÓGICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS PB tem por objetivo principal Descrever o perfil clinico epidemiológico e a capacidade de autocuidado das pessoas com deficiência do município de Cajazeiras, Paraíba.

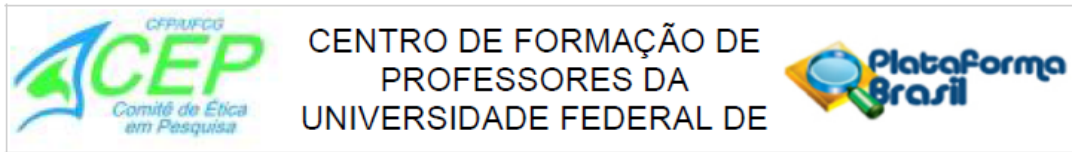
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERFIL CLINICO EPIDEMIOLÓGICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS PB é importante por contribuir para

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.478.188

Identificar a capacidade de autocuidado relacionada com cada tipo de deficiência; Indicar as principais associações entre os tipos de deficiência e suas possíveis causas; Identificar os principais déficits de autocuidado das pessoas com deficiência e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Cecília Danielle Bezerra Oliveira redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

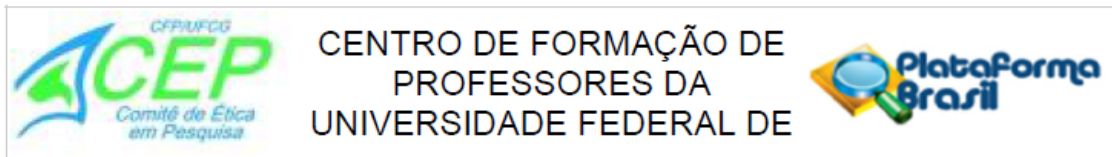
Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERFIL CLINICO EPIDEMIOLÓGICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS PB, número 53861416.8.0000.5575 e sob responsabilidade de Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

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_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_670849.pdf	29/02/2016 22:33:20		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade.pdf	29/02/2016 22:21:51	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0001.pdf	29/02/2016 16:53:28	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1234567.pdf	29/02/2016 15:01:38	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Cronograma	123456.pdf	29/02/2016 14:59:07	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Orçamento	12345.pdf	29/02/2016 14:58:07	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Outros	1234.pdf	29/02/2016 14:57:39	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Outros	20160225_191516.jpg	29/02/2016	Cecilia Danielle	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.478.168

Outros	20160225_191516.jpg	14:56:21	Bezerra Oliveira	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/02/2016 14:31:07	Cecilia Danielle Bezerra Oliveira	Aceite

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 05 de Abril de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br