



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

STEPHANE VICTORIA SANTOS PRATA

PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE LAGARTO, SERGIPE

Lagarto, SE
2022

STEPHANE VICTORIA SANTOS PRATA

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE LAGARTO, SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como um dos requisitos para graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Lavínia Teixeira-Machado

Coorientadora: Adrielle Andrade Passos

**Lagarto, SE
2022**

STEPHANE VICTORIA SANTOS PRATA

**PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE LAGARTO, SERGIPE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao
Departamento de Fisioterapia de Lagarto da
Universidade Federal de Sergipe (UFS), como um dos
requisitos para graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Lavínia Teixeira-Machado

Coorientadora: Adrielle Andrade Passos

Lagarto, ____ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lavínia Teixeira-Machado

Prof. Dr. Thiago Pinheiro Vaz de Carvalho

Prof. Dr. Guilherme Rodrigues Barbosa

RESUMO

PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA RESIDENTES DO MUNICÍPIO DE LAGARTO, SERGIPE. STEPHANE VICTORIA SANTOS PRATA, LAGARTO-SE, 2022.

Introdução: O conceito de deficiência passou por diversas alterações no decorrer do tempo, atrelados a determinantes complexos, dinâmicos e multidimensionais inseridos nos contextos econômico, cultural, filosófico e científico vigentes. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a deficiência como a diminuição da funcionalidade proveniente da interação entre a capacidade do indivíduo e os fatores pessoais e ambientais. Segundo a OMS, cerca de 200 milhões de pessoas experimentam dificuldades funcionais consideráveis. A Atenção Primária à Saúde (APS) amplia os cuidados ofertados e se configura como uma porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde e que aprimora a assistência como forma de garantir os direitos regidos por lei, melhorando as ações de cuidado e promoção de saúde. Sendo assim, este estudo teve como objetivos identificar a distribuição sociodemográfica de pessoas com deficiência (PcD) no município de Lagarto, e relacionar fatores ambientais e acesso aos serviços de saúde de PcD. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo acerca das PcD cadastradas no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (SISPEC) por meio do cadastro da família via e-SUS, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lagarto. **Resultados:** A maioria das PcD residem na zona rural (48,04% deficiência física, 17,11% deficiência auditiva; 24,47% deficiência mental e 10,36% deficiência visual) e em povoados como a Colônia Treze (29,90% deficiência física, 13,78% deficiência auditiva; 23,83% deficiência mental e 32,47% deficiência visual), seguido do centro da cidade (38,15% deficiência física, 15,35% deficiência auditiva; 32,89% deficiência mental e 13,59% deficiência visual). De acordo com o cadastro da família, o município de Lagarto apresenta maior quantitativo de pessoas com deficiência física (36%), seguido da intelectual (29%), visual (18%) e auditiva (16%). **Conclusão:** Faz-se necessário novos meios de mapeamento das PcD no território com adaptações no preenchimento da ficha para estratificação dos tipos de deficiência, assim como a capacitação dos profissionais responsáveis pela coleta dos dados a fim de aprimorar o conhecimento acerca desta população.

Registro do estudo: A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP-UFS) com CAAE nº 44277421.0.0000.5546 e do Parecer nº 5.117.211.

Palavras-chaves: Pessoa com Deficiência; Localizações Geográficas; Agentes Comunitários de Saúde; Tecnologia da Informação.

ABSTRACT

SOCIO-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PEOPLE WITH DISABILITIES RESIDENTS IN LAGARTO CITY, SERGIPE. STEPHANE VICTORIA SANTOS PRATA, LAGARTO-SE, 2022.

Introduction: The concept of disability has undergone several changes over time, linked to complex, dynamic and multidimensional determinants inserted in the current economic, cultural, philosophical and scientific contexts. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the World Health Organization (WHO) defines disability as a decrease in functionality resulting from the interaction between an individual's capacity and personal and environmental factors. According to the WHO, about 200 million people experience considerable functional difficulties. Primary Health Care (PHC) expands the care offered and is configured as a gateway to access health services and improves care as a way of guaranteeing rights governed by law, improving care actions and promoting health. In this way, this study aimed to identify the sociodemographic distribution of people with disabilities (PwD) in Lagarto city, and to relate environmental factors and access to health services for PwD. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study about PwD registered in the Citizen's Electronic Medical Record System (SISPEC) through the family registration via e-SUS, provided by the Municipal Health Department (SMS) of Lagarto city. **Results:** Most PwD lives in rural areas (48.04% physical disability, 17.11% hearing loss; 24.47% mental disability and 10.36% visual impairment) and in villages such as Colônia Treze (29.90 % physical impairment, 13.78% hearing impairment; 23.83% mental impairment and 32.47% visual impairment), followed by the city center (38.15% physical impairment, 15.35% hearing impairment; 32.89% mental impairment and 13.59% visual impairment). According to the family register, Lagarto city presents the highest number of people with physical disabilities (36%), followed by intellectual (29%), visual (18%) and auditory (16%) disabilities. **Conclusion:** New PwD mapping ways are necessary, with adaptations in filling out the form to stratify the types of disability, as well as train professionals responsible for data collection to improve knowledge about this population.

Trial registration: The research was approved by the Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP-UFS) with CAAE nº 44277421.0.0000.5546 and Opinion Nº 5.117.211.

Keywords: Disabled Persons; Geographic Locations; Community Health Workers; Information technology.

LISTAS

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

EMDAGRO - Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PcD - Pessoa com deficiência

PNAPS - Política Nacional de Atenção Primária à Saúde

RBC - Diretrizes de Reabilitação Baseada na Comunidade

SECJESP - Secretaria Municipal da Cultura, da Juventude e do Esporte

SISPEC - Sistema de Prontuário Eletrônico do cidadão

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1 Mapa geográfico do município de Lagarto-SE	5
Fig. 2 Mapa de distribuição de PcD no município de Lagarto	7
Fig. 3 Mapa de distribuição de PcD por bairros de pessoas com deficiência no município de Lagarto	10

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantitativo de pessoas de acordo com o tipo de deficiência do município de Lagarto segundo o SISPEC	6
Tabela 2: Percentual de pessoas com deficiência física por bairro	7
Tabela 3: Percentual de pessoas com deficiência auditiva por bairro	8
Tabela 4: Percentual de pessoas com deficiência intelectual por bairro	9
Tabela 5: Percentual de pessoas com deficiência visual por bairro	9

SUMÁRIO

Introdução	1
Método	3
Desenho do estudo	3
Considerações éticas	3
Participantes	4
Cenário do estudo	4
Resultados	5
Discussão.....	11
Conclusão.....	13
Referências	14
Anexo A- Normas da Revista: Health Research Policy and Systems	16

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS conceitua a deficiência como a diminuição da funcionalidade proveniente da interação entre a capacidade do indivíduo e os fatores pessoais e ambientais [1]. No Brasil, a discriminação e desigualdade de acesso aos serviços de saúde intensificam as divergências vivenciadas pela pessoa com deficiência (PcD) e evidenciam a necessidade de um cuidado à saúde, uma vez que, estando a PcD com limitações e com dificuldades de acesso, acentua-se a marginalização desta população frente as políticas vigentes no país [2].

De acordo com as Diretrizes de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), a maior parte das PcD estão concentradas em países em desenvolvimento, existindo em média, 1 bilhão de PcD no mundo, representando 15% da população global [3,4]. Nesse viés, a relação entre este grupo minoritário e o espaço nos campos de poder no decorrer da história humana está atrelada aos contextos econômico, cultural, filosófico e científico vigentes [5]. Os primeiros movimentos de inclusão e apoio a PcD surgiu em meados do século XX, em contraponto às formas de tratamento desprezíveis para estas pessoas [6].

A universalização do acesso à saúde e atenção à população com equidade, integralidade e participação dos usuários são elementos fundamentais presentes nos objetivos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) frente aos avanços e expansões territoriais presentes na Atenção Primária à Saúde (APS) que contribuem para mudanças sociodemográficas e territoriais nas regiões do Brasil [7,8].

Estudos demonstram que PcD usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) não possuem suas necessidades atendidas quando suas condições clínicas não são reconhecidas fisicamente, além de elucidar fragilidades em questões como a oferta de serviços, uma vez que podem vir a enfrentar dificuldades de acesso, as quais podem impactar em sua saúde, autonomia e participação social [7,8]. Segundo a PNAB, é de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuar na adscrição de famílias em base geográfica definida (micro-área), cadastrá-las e manter os dados atualizados, além de servir de elo fundamental na redução das desigualdades dos serviços prestados à sociedade [9,10].

A APS amplia os cuidados ofertados e se configura como um espaço que aprimora a assistência para além do ponto de vista individual, mas também possibilita o entendimento do contexto social na saúde. Os diferentes perfis de deficiências e de realidades exigem estratégias diferentes de cuidado e para isso é necessária uma abordagem específica na territorialização dos espaços ocupados pela PcD, com o objetivo de atender a demanda educacional, trabalho, lazer e saúde [11].

A correlação entre território e saúde está associada aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS). As regiões de zona rural combinam fatores ambientais a uma população com precária alfabetização em saúde, menores recursos financeiros, maior número de acidentes, barreiras físicas como distância e disponibilidade de transporte, incluindo a falta de transporte público. Assim, as ações tomadas a partir da compreensão dos DSS pode diminuir as barreiras estruturais e ambientais relacionadas ao ambiente físico, social e econômico, bem como facilitar a organização dos serviços de saúde para melhor atender a essa população [2,12,13].

No Brasil, a maior quantidade de PcD está concentrada na região Nordeste, com 26,6% da população, depois o Sudeste e Norte, com 23%, e Sul e Centro-Oeste, com 22,5% cada. Os Estados do Nordeste apresentam um valor percentual de PcD acima da média nacional, e o Estado de Sergipe, conta com 25% da população com alguma deficiência. O município de Lagarto, localizado na região Centro- Sul do Estado de Sergipe, apresenta um quantitativo correspondente a 30% de PcD, colocando-se acima da média regional e nacional [14].

Visto o alto índice de PcD no município de Lagarto e da ausência de estudos que abordem o tema, além da necessidade de pesquisas que associem as temáticas dos fatores ambientais e o acesso aos serviços de saúde às PcD. Sendo assim este estudo objetivou identificar a distribuição sociodemográfica de PcD no município de Lagarto, Sergipe, Brasil, a fim de facilitar a busca territorial de características específicas do indivíduo, além de propor estratégias de gestão que promovam ações afirmativas e equitativas centradas na comunidade, minimizando as desigualdades sociais que afetam principalmente os que vivem à margem da sociedade.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo acerca da distribuição territorial de PcD no município de Lagarto, Sergipe, Brasil.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CEP–UFS) sob o CAAE nº 44277421.0.0000.5546 e Parecer nº 5.117.211.

Participantes

O levantamento de PcD foi realizado por meio do cadastro da família via e-SUS¹, do Sistema de Prontuário Eletrônico do cidadão (SISPEC)² fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Lagarto, além de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³. No que se refere às informações sobre os limites geográficos e territoriais de Lagarto, estas foram disponibilizadas pela Secretaria Municipal da Cultura, da Juventude e do Esporte (SECJESP), visto que na base de dados do IBGE foi verificada a ausência das mesmas.

Cenário do estudo

Lagarto é um município localizado na região Centro-Sul do Estado de Sergipe, na Região Nordeste do Brasil (Figura 1). É a maior cidade do interior do Estado, com uma área territorial de 968,921 km², uma população estimada em 2021 pelo IBGE em 106.015 habitantes, responsável por uma densidade demográfica média de 97,84 hab./km², sendo 51,51% de área urbana e 48,49%

¹ É uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional.

² Documento que armazena as informações de saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS.

³ Principal provedor de dados e informações do País. Entre suas funções está a produção e análise de informações estatísticas, coordenação e consolidação das informações estatísticas assim como coordenação e consolidação das informações geográficas.

rural. Terceiro município mais populoso de Sergipe, a cidade fica localizada a 75 km da capital, Aracaju [15].

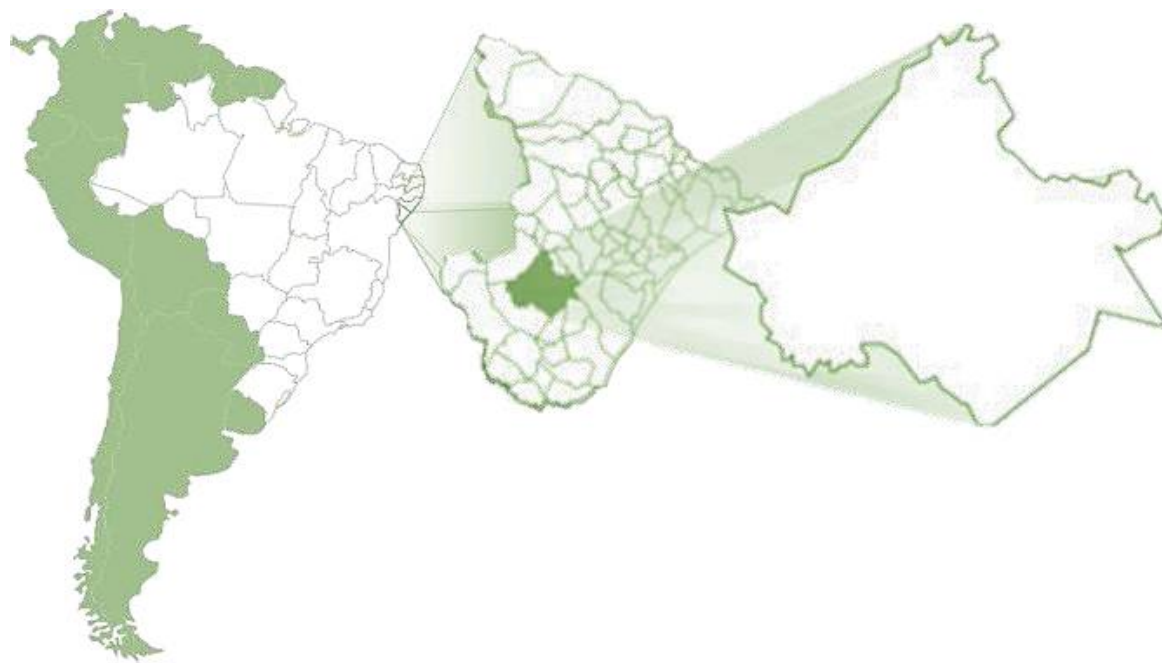


Fig. 1 Mapa geográfico do município de Lagarto-SE.
Fonte: IBGE (2021)

Resultados

Originalmente o arquivo enviado pela SMS contém um total de 6.843 PcD cadastradas residentes em Lagarto, Sergipe. Por conta de erros no preenchimento em relação ao tipo de deficiência, alguns moradores foram cadastrados pela condição clínica, como Acidente Vascular Encefálico (AVE) (n=714), duplicação de pessoas e cadastro do endereço de moradia inconsistente, como forma diferente de preencher, bairros, ruas, povoados. Com a filtragem das incongruências, restaram apenas 2.925 PcD (Tabela 1). Devido às imprecisões cadastrais, não foi possível distinguir

as condições clínicas das pessoas cadastradas, desta forma, a divisão foi realizada de acordo com as deficiências apresentadas no documento municipal.

Tabela 1: Quantitativo de pessoas de acordo com o tipo de deficiência do município de Lagarto segundo o SISPEC.

Tipo de deficiência	Quantitativo
Deficiência física	1066
Deficiência auditiva	463
Deficiência intelectual	859
Deficiência visual	545
Total	2925

Fonte: Própria Autora.

As condições de saúde das pessoas de acordo com a SISPEC foram divididas e classificadas em: deficiência física, intelectual, auditiva e visual. O município de Lagarto é dividido em 68 comunidades/bairros/povoados de acordo com os dados da Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe (EMDAGRO) [16], mas há localidades registradas no SISPEC a partir do uso e conhecimento popular, o que dificultou a identificação quanto à descrição do endereço de PcD nos territórios. Nessa perspectiva foram encontradas apenas 23 comunidades/bairros/povoados, nos dados extraídos do SISPEC, a saber: Ademar de Carvalho, Alto da Boa Vista, Centro, Cidade Nova, Colônia Treze, Estação, Exposição, Horta, Jardim Campo Novo, João Martins, Laudelino Freire, Libério, Libório, Loiola, Moita Redonda, Novo Horizonte, Quirino, São José, Santa Terezinha, Silvio Romero, Várzea do Espinho, Povoados e Zona Rural.

A figura 2 ilustra a localização e a quantidade de PcD por bairros. Em relação a subdivisão das deficiências por bairro foram encontrados os seguintes resultados abaixo para deficiência física

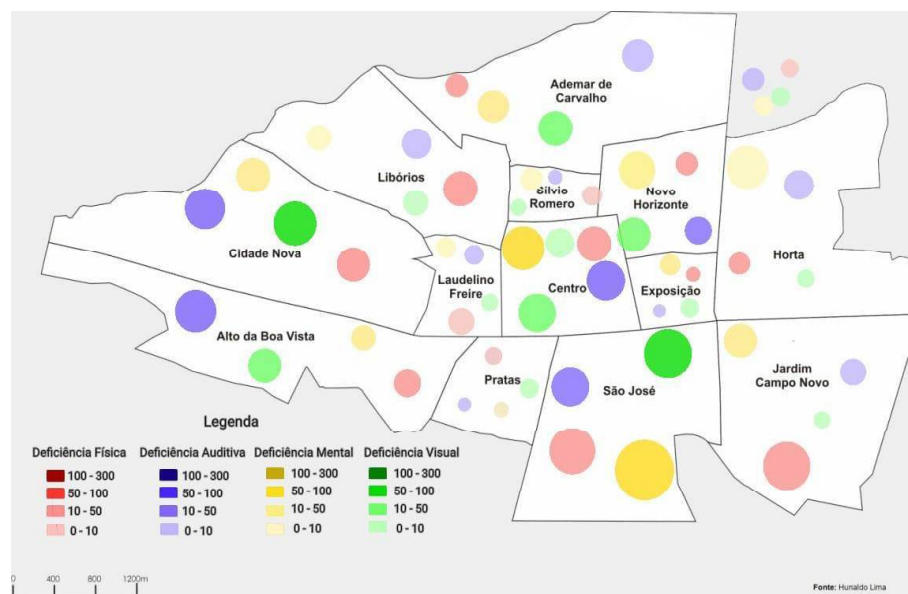


Fig. 2 Mapa de distribuição de PcD no município de Lagarto.
Fonte: Própria Autora.

Tabela 2: Percentual de pessoas com deficiência física por bairro.

Bairros e povoados	Tipo de Deficiência	
	Física	
	Quantitativo	Porcetagem
Ademar de Carvalho	55	5,15%
Alto da Boa Vista	34	3,18%
Centro	82	7,69%
Cidade Nova	46	4,31%
Colônia Treze	125	11,72%
Estação	9	0,84%
Exposição	21	1,96%
Horta	12	1,12%
JCN	40	3,75%
João Martins	8	075%

Laudelino Freire	5	0,46%
Libério	2	0,18%
Libório	21	1,96%
Loiola	12	1,12%
Moita Redonda	2	0,18%
Novo Horizonte	39	3,65%
Quirino	5	0,46%
São José	94	8,81%
Santa Terezinha	11	1,03 %
Silvio Romero	6	0,56%
Várzea do Espinho	6	0,56%
Povoados	224	21,01%
Zona Rural	207	19,4%
TOTAL	1066	100%

Fonte: Própria Autora.

Tabela 3: Percentual de pessoas com deficiência auditiva por bairro.

Bairros e povoados	Tipo de Deficiência	
	Auditiva	
	Quantitativo	Porcentagem
Ademar de Carvalho	6	1,31%
Alto da Boa Vista	15	3,29%
Centro	35	7,69%
Cidade Nova	23	5,05%
Colônia Treze	59	12,96%
Estação	6	1,31%
Exposição	6	1,31%
Horta	6	1,31%
JCN	9	1,97%
João Martins	4	0,87%
Laudelino Freire	4	0,87%
Libério	0	0,00%
Libório	8	1,75%
Loiola	14	3,07%
Moita Redonda	1	0,21%
Novo Horizonte	35	7,69%
Quirino	0	0,00%
São José	22	4,83%
Santa Terezinha	1	0,21%
Silvio Romero	3	0,65%
Várzea do Espinho	1	0,21%
Povoados	91	20%
Zona Rural	114	25,05%
TOTAL	463	100%

Fonte: Própria Autora.

Tabela 4: Percentual de pessoas com deficiência intelectual por bairro.

Bairros e povoados	Tipo de Deficiência	
	Intelectual	
	Quantitativo	Percentual
Ademar de Carvalho	42	4,88%
Alto da Boa Vista	25	2,91%
Centro	75	8,73%
Cidade Nova	47	5,47%
Colônia Treze	102	11,8%
Estação	7	0,81%
Exposição	16	1,86%
Horta	4	0,46%
JCN	26	3,02%
João Martins	3	0,34%
Laudelino Freire	4	0,46%
Libério	4	0,46%
Libório	1	0,46%
Loiola	20	2,32%
Moita Redonda	1	0,46%
Novo Horizonte	45	5,23%
Quirino	7	0,81%
São José	65	7,56%
Santa Terezinha	19	2,21%
Silvio Romero	3	0,34%
Várzea do Espinho	2	0,23%
Povoados	178	20,72%
Zona Rural	163	18,97%
TOTAL	859	100%

Fonte: Própria Autora.

Tabela 5: Percentual de pessoas com deficiência visual por bairro.

Bairros e povoados	Tipo de Deficiência	
	Visual	
	Quantitativo	Percentual
Ademar de Carvalho	15	2,75%
Alto da Boa Vista	20	3,66%
Centro	31	5,68%
Cidade Nova	64	11,74%
Colônia Treze	139	25,50%
Estação	5	0,91%
Exposição	10	1,83%

Horta	2	0,36%
JCN	10	1,83%
João Martins	3	0,55%
Laudelino Freire	1	0,18%
Libério	1	0,18%
Libório	6	1,10%
Loiola	38	6,97%
Moita Redonda	0	0,00%
Novo Horizonte	21	3,85%
Quirino	1	0,18%
São José	58	10,64%
Santa Terezinha	1	0,18%
Silvio Romero	2	0,36%
Várzea do Espinho	2	0,36%
Povoados	47	8,62%
Zona Rural	69	12,66%
TOTAL	545	100%

Fonte: Própria Autora.

A maioria das PcD residem em locais afastados como na zona rural (48,04% deficiência física, 24,47% deficiência intelectual, 10,36% deficiência visual e 17,11% deficiência auditiva) em povoados como a Colônia Treze, seguido do Centro e dos bairros São José, Cidade Nova, Novo Horizonte, Aldemar de Carvalho e Loiola, esses resultados são possíveis de visualizar na Figura 3.

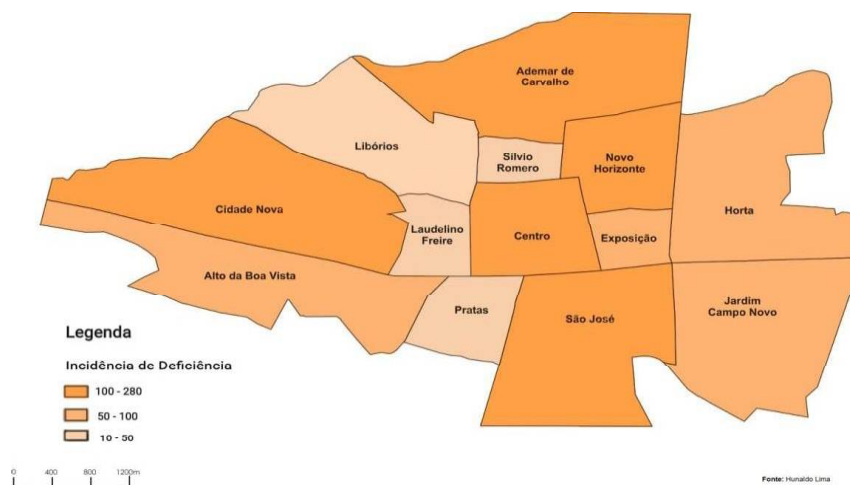


Fig. 3 Mapa de distribuição de PcD por bairros de pessoas com deficiência no município de Lagarto.

Fonte: Própria Autora.

Discussão

Este estudo buscou identificar a distribuição de PcD no município de Lagarto-SE. A maior quantidade de PcD residem em regiões de área rural, com maior porcentagem no povoado Colônia Treze. Dentro do próprio município, os bairros que constavam com maior número dessa população foram: Cidade Nova, Centro, São José, Novo Horizonte e Aldemar de Carvalho.

Em contraposição aos dados nacionais (IBGE) [14,15], a deficiência com maior número foi a física, a qual estava mais presente na zona rural, demonstrando um provável afastamento geográfico dessas pessoas dos serviços de saúde e de lazer. De acordo com Kuper *et al.* (2018) [16], as PcD podem enfrentar maiores desafios no acesso à saúde, devido a conjectura geográfica, mas também por dificuldades financeiras, falta de conhecimento dos profissionais de saúde ou de equipamentos acessíveis. A revisão sistemática de Bright e Kuper (2018) [17,18] demonstrou que PcD vivenciam condições de saúde piores que pessoas sem deficiências e quando associado à pobreza, estas são mais vulneráveis e ocupam uma posição marginalizada na sociedade.

Com base nas informações na lista do SISPEC, foram cadastradas em 2021, 2.925 PcD residentes em Lagarto. No entanto, de acordo com o último censo realizado pelo IBGE em 2010, foram identificados aproximadamente 30 mil PcD no município, ou seja, provavelmente estão acontecendo falhas durante a coleta dos dados, fazendo-se necessária constante atualização do território e capacitação dos profissionais responsáveis por essa coleta.

Os dados do IBGE permitem conhecer a realidade socioeconômica das famílias a partir da demarcação geográfica, fornecendo informações das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dos dados de cada um dos componentes da família

[19]. Em contrapartida, sua atualização acontece a cada 10 anos [15]. Posto que o território é mutável, há necessidade de constante atualização de forma a permitir uma melhor elaboração de estratégias.

Segundo Clemente *et al.* (2022) [20] consta como uma das principais barreiras na APS e no acesso à saúde a falta de qualificação profissional, e, atrelado a dificuldade de acesso aos serviços públicos, há uma acentuação na desigualdade enfrentada pelas PcD, corroborando, dessa forma, com os achados deste estudo, visto que, provavelmente, os erros no preenchimento da planilha se deram por desconhecimento dos ACS e influência cultural dos mesmos, o que pode ser investigado em estudos futuros.

Considerando que a CIF possui uma abordagem biopsicossocial, ou seja, integra várias dimensões da pessoa inserida no ambiente [21], é importante que os formulários utilizados pelos ACS sejam adaptados considerando as dimensões pessoais e ambientais. O estudo de Oliveira (2022) [22] corrobora com essa necessidade, visto que ao utilizar um formulário de pesquisa baseado em tópicos do Checklist da CIF, foi possível associar a funcionalidade de PcD aos fatores ambientais.

Já é reconhecida a necessidade de utilização de tecnologia móvel de informação e comunicação (TIC) para melhor desempenho no processo de coleta e alimentação de dados no sistema pelos ACS [20,23,24]. Essa proposta, em conjunto com a abordagem multidimensional da CIF, pode contribuir para o reconhecimento fidedigno do território e encaminhamento para os serviços de saúde locais apropriados. Aliado a isso, o modelo universal da CIF fornece uma linguagem padronizada e um referencial teórico para descrever a funcionalidade humana [21],

fazendo jus a sua incorporação no processo de classificação, com a finalidade de torná-la mais clara e objetiva.

Conclusão

Diante das observações dos dados da pesquisa, assim como da análise dos resultados, foi possível constatar que grande parte das PcD que reside município de Lagarto estão localizadas em áreas rurais. Possivelmente a sua localização interfira no nível de acesso dessas pessoas aos serviços de saúde do município, essas informações merecem maiores investigações. Dessa forma, faz-se necessário novos meios de mapeamento das PcD no território, para identificar possíveis dificuldades de acesso e de cadastro de famílias para o devido acompanhamento. Para tal, são necessários estudos para descrever o nível de conhecimento dos ACS acerca da deficiência dos indivíduos e de como a capacitação destes profissionais responsáveis pode aprimorar a coleta de dados, direcionamento dos serviços e políticas de saúde, sendo possível assim promover intervenções assertivas focadas nesse público.

Competing interests

As autores não tem conflitos de interesse a declarar.

Referências

1. Chen MZ, Lee L, Fellinghauer C, Cieza A, Chatterji S. Demographic and environmental factors associated with disability in India, Laos, and Tajikistan: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1–13.
2. Vergunst R, Swartz L, Hem KG, Eide AH, Mannan H, MacLachlan M, et al. Access to health care for persons with disabilities in rural South Africa. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):1–8.
3. da Cunha MAO, Santos HF, de Carvalho MEL, Miranda GMD, de Albuquerque MDSV, de Oliveira RS, et al. Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3):1–14.
4. Oms. Relatório mundial sobre a deficiência. 2011. 1–360 p.
5. Araújo EABS de, Ferraz FB. O Conceito de Pessoa com Deficiência e seu Impacto nas Ações afirmativas Brasileiras no Mercado de Trabalho. XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza - CE. 2010;5(2):8841–59.
6. Federal U, Faculdade A. Universidade Federal do Amazonas Faculdade de Ciências Agrárias 2. 2002;1–17.
7. de Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, et al. Primary health care assessment by users with and without disabilities. *Codas*. 2017;29(5):1–11.
8. Kurowski-Burt A, Haddox JC. Barriers to Healthcare Participation in Persons With Disabilities in Appalachia: A Qualitative Pilot Study. *Health Environments Research and Design Journal*. 2018;11(4):95–107.
9. PNAB. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2012
10. Westgard CM, Rivadeneyra N, Mechael P. MHealth tool to improve community health agent performance for child development: Study protocol for a cluster-randomised controlled trial in Peru. *BMJ Open*. 2019 Nov 1;9(11).
11. Museum MF. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析. 2019;45(45):95–8.
12. Kurowski-Burt A, Haddox JC. Barriers to Healthcare Participation in Persons With Disabilities in Appalachia: A Qualitative Pilot Study. *Health Environments Research and Design Journal*. 2018;11(4):95–107.
13. Que D, Em R, Rural C. CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES / RS Palmeira das Missões , RS. 2019;
14. IBGE. Características Gerais da População, Religião e Pessoas Com Deficiência. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010;1–215. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf

15. IBGE. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Brasília. 2018;
16. Município de Lagarto BREVE HISTÓRIA [Internet]. Available from: www.sefaz.se.gov.br
17. Kuper H, Mactaggart I, Dionicio C, Cañas R, Naber J, Polack S. Can we achieve universal health coverage without a focus on disability? Results from a national case-control study in Guatemala. PLoS ONE. 2018;13(12):1–12.
18. Bright T, Kuper H. A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low and middle income countries. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(9).
19. Jorge Amaro de Souza Borges. Sustentabilidade & Acessibilidade: Educação Ambiental, inclusão e direitos da pessoa com deficiência – práticas, aproximações teóricas, caminhos e perspectivas!
20. da Rosa S v., Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. International Journal of Dentistry. 2020;2020.
21. Leitão A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2004.
22. Cristóvão -se s. Universidade Federal de Sergipe pró-reitoria de pós-graduação e pesquisa programa de pós-graduação em rede nacional para ensino das ciências ambientais juliana maria freitas de oliveira racismo ambiental na pessoa com deficiência em situação de vulnerabilidade no centro-sul do estado de sergipe. 2022.
23. Ilozumba O, Dieleman M, Kraamwinkel N, van Belle S, Chaudoury M, Broerse JEW. “I am not telling. the mobile is telling”: Factors influencing the outcomes of a community health worker mHealth intervention in India. PLoS ONE. 2018 Mar 1;13(3).
24. Lee S, Chib A, Kim JN. Midwives ’cell phone use and health knowledge in rural communities. Journal of Health Communication. 2011 Oct;16(9):1006–23.

ANEXO

Anexo A- Normas da Revista: *Health Research Policy and Systems*

Criteria

Research articles are reports of data from original research. All research manuscripts should follow the relevant research reporting statement available from the EQUATOR network.

Health Research Policy and Systems strongly encourages that all datasets on which the conclusions of the paper rely should be available to readers. We encourage authors to ensure that their datasets are either deposited in publicly available repositories (where available and appropriate) or presented in the main manuscript or additional supporting files whenever possible. Please see Springer Nature's information on recommended repositories.

Preparing your manuscript

The information below details the section headings that you should include in your manuscript and what information should be within each section.

Please note that your manuscript must include a 'Declarations' section including all of the subheadings (please see below for more information).

Title page

The title page should: present a title that includes, if appropriate, the study design e.g.:

- "A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial", "X is a risk factor for Y: a case control study", "What is the impact of factor X on subject Y: A systematic review"
- or for non-clinical or non-research studies a description of what the article reports

list the full names and institutional addresses for all authors

- if a collaboration group should be listed as an author, please list the Group name as an author. If you would like the names of the individual members of the Group to be searchable through their individual PubMed records, please include this information in the "Acknowledgements" section in accordance with the instructions below

indicate the corresponding author

Abstract

The Abstract should not exceed 350 words. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract. Reports of randomized controlled trials should follow the CONSORT extension for abstracts. The abstract must include the following separate sections:

- Background: the context and purpose of the study
- Methods: how the study was performed and statistical tests used

- Results: the main findings
- Conclusions: brief summary and potential implications
- Trial registration: If your article reports the results of a health care intervention on human participants, it must be registered in an appropriate registry and the registration number and date of registration should be stated in this section. If it was not registered prospectively (before enrollment of the first participant), you should include the words 'retrospectively registered'. See our editorial policies for more information on trial registration

Keywords

Three to ten keywords representing the main content of the article.

Background

The Background section should explain the background to the study, its aims, a summary of the existing literature and why this study was necessary or its contribution to the field.

Methods

The methods section should include:

- the aim, design and setting of the study
- the characteristics of participants or description of materials
- a clear description of all processes, interventions and comparisons. Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses
- the type of statistical analysis used, including a power calculation if appropriate

Results

This should include the findings of the study including, if appropriate, results of statistical analysis which must be included either in the text or as tables and figures.

Discussion

This section should discuss the implications of the findings in context of existing research and highlight limitations of the study.

Conclusions

This should state clearly the main conclusions and provide an explanation of the importance and relevance of the study reported.

List of abbreviations

If abbreviations are used in the text they should be defined in the text at first use, and a list of abbreviations should be provided.

Declarations

All manuscripts must contain the following sections under the heading 'Declarations':

- Ethics approval and consent to participate
- Consent for publication
- Availability of data and materials
- Competing interests
- Funding
- Authors' contributions
- Acknowledgements
- Authors' information (optional)

Please see below for details on the information to be included in these sections.

If any of the sections are not relevant to your manuscript, please include the heading and write 'Not applicable' for that section.

Ethics approval and consent to participate

Manuscripts reporting studies involving human participants, human data or human tissue must:

- include a statement on ethics approval and consent (even where the need for approval was waived)
- include the name of the ethics committee that approved the study and the committee's reference number if appropriate

Studies involving animals must include a statement on ethics approval and for experimental studies involving client-owned animals, authors must also include a statement on informed consent from the client or owner.

See our editorial policies for more information.

If your manuscript does not report on or involve the use of any animal or human data or tissue, please state "Not applicable" in this section.

Consent for publication

If your manuscript contains any individual person's data in any form (including any individual details, images or videos), consent for publication must be obtained from that person, or in the case of children, their parent or legal guardian. All presentations of case reports must have consent for publication.

You can use your institutional consent form or our consent form if you prefer. You should not send the form to us on submission, but we may request to see a copy at any stage (including after publication).

See our editorial policies for more information on consent for publication.

If your manuscript does not contain data from any individual person, please state “Not applicable” in this section.

Availability of data and materials

All manuscripts must include an ‘Availability of data and materials’ statement. Data availability statements should include information on where data supporting the results reported in the article can be found including, where applicable, hyperlinks to publicly archived datasets analysed or generated during the study. By data we mean the minimal dataset that would be necessary to interpret, replicate and build upon the findings reported in the article. We recognise it is not always possible to share research data publicly, for instance when individual privacy could be compromised, and in such instances data availability should still be stated in the manuscript along with any conditions for access.

Authors are also encouraged to preserve search strings on searchRxiv <https://searchrxiv.org/>, an archive to support researchers to report, store and share their searches consistently and to enable them to review and re-use existing searches. searchRxiv enables researchers to obtain a digital object identifier (DOI) for their search, allowing it to be cited.

Data availability statements can take one of the following forms (or a combination of more than one if required for multiple datasets):

- The datasets generated and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS]
- The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.
- All data generated or analysed during this study are included in this published article [and its supplementary information files].
- The datasets generated and/or analysed during the current study are not publicly available due [REASON WHY DATA ARE NOT PUBLIC] but are available from the corresponding author on reasonable request.
- Data sharing is not applicable to this article as no datasets were generated or analysed during the current study.
- The data that support the findings of this study are available from [third party name] but restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for the current study, and so are not publicly available. Data are however available from the authors upon reasonable request and with permission of [third party name].

- Not applicable. If your manuscript does not contain any data, please state 'Not applicable' in this section.

More examples of template data availability statements, which include examples of openly available and restricted access datasets, are available [here](#).

BioMed Central also requires that authors cite any publicly available data on which the conclusions of the paper rely in the manuscript. Data citations should include a persistent identifier (such as a DOI) and should ideally be included in the reference list. Citations of datasets, when they appear in the reference list, should include the minimum information recommended by DataCite and follow journal style. Dataset identifiers including DOIs should be expressed as full URLs. For example:

Hao Z, AghaKouchak A, Nakhjiri N, Farahmand A. Global integrated drought monitoring and prediction system (GIDMaPS) data sets. figshare. 2014.
<http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.853801>

With the corresponding text in the Availability of data and materials statement:

The datasets generated during and/or analysed during the current study are available in the [NAME] repository, [PERSISTENT WEB LINK TO DATASETS].[Reference number]

If you wish to co-submit a data note describing your data to be published in BMC Research Notes, you can do so by visiting our submission portal. Data notes support open data and help authors to comply with funder policies on data sharing. Co-published data notes will be linked to the research article the data support (example).

Competing interests

All financial and non-financial competing interests must be declared in this section.

See our editorial policies for a full explanation of competing interests. If you are unsure whether you or any of your co-authors have a competing interest please contact the editorial office.

Please use the authors initials to refer to each authors' competing interests in this section.

If you do not have any competing interests, please state "The authors declare that they have no competing interests" in this section.

Funding

All sources of funding for the research reported should be declared. The role of the funding body in the design of the study and collection, analysis, and interpretation of data and in writing the manuscript should be declared.

Authors' contributions

The individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section. Guidance and criteria for authorship can be found in our editorial policies.

Please use initials to refer to each author's contribution in this section, for example: "FC analyzed and interpreted the patient data regarding the hematological disease and the transplant. RH performed the histological examination of the kidney, and was a major contributor in writing the manuscript. All authors read and approved the final manuscript."

Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the article who does not meet the criteria for authorship including anyone who provided professional writing services or materials.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements section.

See our editorial policies for a full explanation of acknowledgements and authorship criteria.

If you do not have anyone to acknowledge, please write "Not applicable" in this section.

Group authorship (for manuscripts involving a collaboration group): if you would like the names of the individual members of a collaboration Group to be searchable through their individual PubMed records, please ensure that the title of the collaboration Group is included on the title page and in the submission system and also include collaborating author names as the last paragraph of the "Acknowledgements" section. Please add authors in the format First Name, Middle initial(s) (optional), Last Name. You can add institution or country information for each author if you wish, but this should be consistent across all authors.

Please note that individual names may not be present in the PubMed record at the time a published article is initially included in PubMed as it takes PubMed additional time to code this information.

Authors' information

This section is optional.

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

References

Examples of the Vancouver reference style are shown below.

See our editorial policies for author guidance on good citation practice

Web links and URLs: All web links and URLs, including links to the authors' own websites, should be given a reference number and included in the reference list rather than within the text of the manuscript. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, as well as the date the site was accessed, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database. <http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>. Accessed 20 May 2013. If an author or group of authors can clearly be associated with a web link, such as for weblogs, then they should be included in the reference.

Example reference style:

Article within a journal

Smith JJ. The world of science. *Am J Sci*. 1999;36:234-5.

Article within a journal (no page numbers)

Rohrmann S, Overvad K, Bueno-de-Mesquita HB, Jakobsen MU, Egeberg R, Tjønneland A, et al. Meat consumption and mortality - results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Medicine*. 2013;11:63.

Article within a journal by DOI

Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *Dig J Mol Med*. 2000; doi:10.1007/s801090000086.

Article within a journal supplement

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan. *Blood* 1979;59 Suppl 1:26-32.

Book chapter, or an article within a book

Wyllie AH, Kerr JFR, Currie AR. Cell death: the significance of apoptosis. In: Bourne GH, Danielli JF, Jeon KW, editors. *International review of cytology*. London: Academic; 1980. p. 251-306.

OnlineFirst chapter in a series (without a volume designation but with a DOI)

Saito Y, Hyuga H. Rate equation approaches to amplification of enantiomeric excess and chiral symmetry breaking. *Top Curr Chem*. 2007. doi:10.1007/128_2006_108.

Complete book, authored

Blenkinsopp A, Paxton P. Symptoms in the pharmacy: a guide to the management of common illness. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1998.

Online document

Doe J. Title of subordinate document. In: The dictionary of substances and their effects. Royal Society of Chemistry. 1999. [http://www.rsc.org/dose/title of subordinate document](http://www.rsc.org/dose/title%20of%20subordinate%20document). Accessed 15 Jan 1999.

Online database

Healthwise Knowledgebase. US Pharmacopeia, Rockville. 1998. <http://www.healthwise.org>. Accessed 21 Sept 1998.

Supplementary material/private homepage

Doe J. Title of supplementary material. 2000. <http://www.privatehomepage.com>. Accessed 22 Feb 2000.

University site

Doe, J: Title of preprint. <http://www.uni-heidelberg.de/mydata.html> (1999). Accessed 25 Dec 1999.

FTP site

Doe, J: Trivial HTTP, RFC2169. <ftp://ftp.isi.edu/in-notes/rfc2169.txt> (1999). Accessed 12 Nov 1999.

Organization site

ISSN International Centre: The ISSN register. <http://www.issn.org> (2006). Accessed 20 Feb 2007.

Dataset with persistent identifier

Zheng L-Y, Guo X-S, He B, Sun L-J, Peng Y, Dong S-S, et al. Genome data from sweet and grain sorghum (*Sorghum bicolor*). GigaScience Database. 2011. <http://dx.doi.org/10.5524/100012>.