



## Perfil clínico e classificação de funcionalidade de pessoas com deficiência no Arquipélago do Marajó

### *Clinical profile and functional classification of people with disabilities in the Marajó Archipelago*

*Karyna de Cássia Queiroz da Silva<sup>1\*</sup>, Bruna Castro Malato<sup>2</sup>, Katia Maki Omura<sup>3</sup>, Victor Augusto Cavaleiro Corrêa<sup>4</sup>, Suellen Alessandra Soares de Moraes<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (PA), Brasil, <sup>2</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (PA), Brasil.

\*Autor correspondente: Karyna de Cássia Queiroz da Silva – E-mail: karynadcassia@hotmail.com

#### RESUMO

Analisar o perfil clínico e a classificação de funcionalidade da população com deficiência física e/ou sensorial dos Municípios do Marajó, através do uso da Classificação Internacional de Doenças e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Pesquisa descritiva e exploratória em todos os Municípios do Marajó. Verificou-se a prevalência de deficiências do tipo adquirida após o nascimento envolvendo doenças do sistema nervoso, comprometimento da extremidade inferior e superior do corpo. A deficiência na mobilidade articular, força e tônus como funções do corpo mais afetadas e impacto nas atividades de mobilidades e autocuidados e nas relações interpessoais por profissionais da saúde e família imediata como barreira social. Dessa forma, a partir dos resultados encontrados, compreende-se a influência do contexto social, educacional, econômico e geográfico na condição clínica e no desempenho funcional de pessoas com deficiência.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Limitação da Mobilidade. Pessoas com Deficiência.

#### ABSTRACT

To analyze the clinical profile and functional classification of the population with physical and/or sensory disabilities in the municipalities of Marajó using the International Classification of Diseases and International Classification of Functioning, Disability, and Health. This descriptive, exploratory study was carried out in all Marajó municipalities. The prevalence of disabilities acquired after birth involving diseases of the nervous system and impairment of the lower and upper extremities of the body was verified. Deficiency in joint mobility, strength, and tonus were the most affected body functions, which impacted mobility and self-care activities, as well as interpersonal relationships with healthcare professionals and immediate family, representing a social barrier. Thus, based on the results found, the influence of social, educational, economic, and geographical contexts on the clinical condition and functional performance of people with disabilities is understood.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability, and Health. Mobility Limitation. Disabled Persons.

## INTRODUÇÃO

Em muitos países, comunidades indígenas e comunidades remotas, como estudado por Dew et al. na Austrália, apresentam determinantes sociais que influenciam no acesso à saúde de qualidade, sobretudo àqueles que possuem alguma deficiência; identificando suas particularidades e perspectivas que devem ser levadas em consideração no exercício à saúde baseado em um conjunto de especificidades locais e culturais<sup>1</sup>. Sob esse olhar, Nascimento et al. também enfatizam tais particularidades no cenário amazônico com idosos ribeirinhos que, por meio de tradições, costumes e crenças, possuem influência nos cuidados à saúde<sup>2</sup>.

O Arquipélago do Marajó, maior ilha fluviomarítima do mundo, é rodeado pelo rio Amazonas e oceano Atlântico e possui inúmeras singularidades em seu complexo território<sup>3</sup>. Nesse contexto, as características de condições hidrográficas únicas, influenciam em um cenário de isolamento social e geográfico, além da configuração arquitetônica local, a qual requer padrões de acessibilidade diferenciados<sup>4</sup>.

Sob essas circunstâncias, percebe-se que as Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), que apresentam ligações, sobretudo, com áreas florestais e aquáticas; estão inseridos em contextos com determinantes sociais únicos, onde o desafio para as práticas de saúde precisa ser trabalhados de modo a conhecer a lógica e a forma de organização do território<sup>5</sup>. Isso dado, diferentes grupos estão inseridos em contextos distintos, como a população indígena australiana e canadense, a qual se baseia em um modelo de saúde mais holístico. Essa especificidade pode ser capturada por um modelo mais sensível à identificação de componentes biopsicossocial, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que abrange o contexto social e cultural do indivíduo<sup>6</sup>. No entanto, a correlação do perfil clínico com os componentes biopsicossociais ainda são aspectos

pouco abordados nos estudos em comunidades mais remotas.

Nesse contexto, compreende-se que pessoas com deficiência que vivem no campo se encontram vulneráveis a limitações durante o seu cotidiano, já que há uma menor oferta de inclusão neste ambiente, seja na adesão à educação, vínculo empregatício e outras formas de participação social<sup>7</sup>. Além do modelo assistencial prestado a essa comunidade, como investigado entre os povos indígenas com deficiência na Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Estados Unidos, que possuem um padrão de cuidado diferenciado, sobretudo relacionado a integração da atenção com o cuidado familiar, há pouco acesso da população indígena a um modelo que abrange suas especificidades, bem como poucas evidências acerca de modelos assistenciais promissores a essa população<sup>8</sup>.

Compreende-se que, de acordo com o art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015)<sup>9</sup>: “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

No que tange ao conceito e aplicabilidade do termo “deficiência”, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fundamenta modelos de classificações de referências para padronizar a comunicação entre os profissionais da saúde, como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), utilizada para codificar as causas e consequências das doenças; e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que engloba as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e os fatores contextuais dele, sendo fatores ambientais e fatores pessoais<sup>10,11,12</sup>. Desse modo, considerando

a temática de estudos acerca do perfil clínico associado às limitações das atividades da PCFA com deficiência como subdesenvolvida, o artigo busca analisar o perfil clínico e a classificação de funcionalidade da população com deficiência física e/ou sensorial dos Municípios do Marajó, através do uso da Classificação Internacional de Doenças e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de campo do tipo descritiva, transversal e exploratória nos 16 Municípios do Arquipélago do Marajó entre os períodos de 21 de Julho a 20 de Outubro de 2021.

O protocolo do estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº. 4.871.778), e seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo Resolução nº. 466/12. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), utilizado na pesquisa, foi explicado de forma verbal a cada indivíduo e aplicado antes da coleta de dados, assim como a assinatura do participante foi colhida neste termo. Os participantes em condição de tutela ou curatela assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

## POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes foram recrutados a partir de demanda espontânea após divulgação da pesquisa em cada cidade através de contato prévio com os secretários de saúde e fornecimento de cronograma de coleta de dados, que por sua vez repassou à população através de gestores e agentes comunitários de saúde das unidades. A coleta ocorreu nos locais: Unidade Básica de Saúde Dom Ângelo, Hospital Municipal de Chaves, Centro de Atendimento ao

Cidadão Oldemar Coelho, UBS Santo Antônio, Estratégia Saúde da Família Paraíso, Posto de Saúde da Família Maria Alves Cardoso, Posto de Saúde Abelardo da Silva, Centro de Reabilitação Mário de Oliveira Gomes, Estratégia Saúde da Família Nossa Senhor das Graças, Unidade Básica de Saúde Raimundo Barbosa Nunes, Estratégia Saúde da Família Bosque e Tijuca, Estratégia Saúde da Família de Joanes, Posto de Saúde da Família Comunidade Coqueiro, Estratégia Saúde da Família Matinha São Pedro Centro, Posto de Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família Jenipapo I, Unidade Básica de Saúde Pedro Fernandes de Souza. Como critérios de inclusão, fizeram parte do estudo indivíduos de qualquer idade, de ambos os sexos, que apresentassem deficiências relacionadas ao aparelho locomotor e/ou a presença de deficiências sensoriais, residentes na região do Marajó. Foram excluídos do estudo indivíduos que, embora apresentassem deficiência motora ou sensorial, manifestavam também características e doenças de maior gravidade como instabilidade hemodinâmica, deficiência cognitiva severa e pessoas com restrições referentes aos seus cuidados, assim como aqueles que se recusaram a participar da pesquisa e não assinaram o TCLE ou TALE. Ao total, foram coletados dados de 67 pessoas com algum tipo de deficiência física e/ou sensorial, das quais 51 pessoas apresentavam somente deficiência física.

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Foram utilizados dois instrumentos de avaliação: formulário de perfil sociodemográfico elaborado pelos autores, e checklist adaptado pela equipe do projeto baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade<sup>10</sup>.

O formulário sobre o perfil sociodemográfico foi realizado por meio de uma entrevista com moradores de 16 municípios do Marajó, que tinham ou não deficiência física e/ou sensorial, no qual constavam perguntas, como:

sexo, idade, cor/raça, religião, escolaridade, estado civil e renda mensal familiar. Além destas informações, através deste formulário, foi possível identificar as etiologias e classificação das deficiências, a exemplo, se adquirida ou congênita, as quais foram relatadas pelos participantes ou seus responsáveis. Informações sobre o tipo de deficiência física e sensorial foram relacionadas aos códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O questionário estruturado a partir do Checklist da CIF, versão 2.1a foi utilizado para classificar o nível de atividade dos indivíduos com e sem deficiência, por meio dos domínios de mobilidade e cuidado pessoal relacionados a “limitações de atividades e restrição à participação”, tais como: levantar e carregar objetos, uso fino das mãos, andar, lavar-se (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc), cuidado das partes do corpo (escovar os dentes, barbear-se, etc), cuidados relacionados aos processos de excreção, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria saúde.

Ao responder os itens relacionados aos tópicos de atividade e participação, fatores ambientais, deficiências das estruturas do corpo e funções do corpo mais afetadas, os participantes tinham as seguintes opções de respostas, respectivamente: nenhuma deficiência, alguma deficiência ou não especificado (atividade e participação); nenhuma barreira, barreira ou facilitador (fatores ambientais); nenhuma deficiência, alguma deficiência ou não especificado/não aplicável (deficiências das estruturas do corpo); nenhuma deficiência; alguma deficiência; não especificado (funções do corpo mais afetadas).

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inicialmente tabulados no Software Excel e expostos posteriormente em tabelas. Os dados sociodemográficos foram apresentados na tabela 1, contendo a frequência

relativa de participantes e sua distribuição em percentual quanto as características como sexo, idade, cor/raça, religião, escolaridade, estado civil e renda mensal familiar. As condições clínicas, as atividades e participações, fatores ambientais, deficiências das estruturas do corpo e funções do corpo mais afetadas nos indivíduos foram elencadas e os 4 itens dos domínios mais prevalentes foram apresentados em frequência relativa e percentual referente ao total de respostas na Tabela 2. Para a análise estatística, foi realizado o teste do Qui-quadrado e o teste G de aderência, ambos pelo software BioEstat 5.3, considerando diferença estatisticamente significativa para  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

Participaram do estudo 67 pessoas com deficiência, com média de idade de 41,3 anos ( $dp \pm 17,03$ ), com predomínio do sexo masculino (55%), com ensino fundamental (57%), pardos/mulatos (63%), católicos (54%) e solteiros (61%). Quanto à renda familiar, 80% dos participantes recebem algum tipo de bolsa, auxílio ou benefício como forma de renda familiar mensal, além disso 81% dos participantes declararam renda de 1 a 2 salários mínimos, conforme disposto na Tabela 1.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e caracterização da amostra de pessoas com deficiência do Marajó.

Características	n	%	P
<b>Sexo</b>			
Feminino	30	45%	0.4635
Masculino	37	55%	
<b>Idade (anos)</b>			
10-39	27	40,3%	0.0648
40-59	23	34,3%	
60 e +	17	25,4%	
<b>Cor ou raça</b>			
Pardo/Mulato (a)	43	64%	< 0.0001
Preto (a)	18	27%	
Branco (a)	5	7%	
Indígena ou de origem indígena	1	1%	
<b>Religião</b>			
Católico (a)	36	54%	< 0.0001
Evangélico (a)	27	40%	
Não possui	4	4%	
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental	38	57%	< 0.0001
Ensino médio	12	18%	
Ensino superior	2	3%	
Nenhuma escolaridade	15	22%	
<b>Estado civil</b>			
Casado (a)	26	39%	0.0872
Solteiro (a)	41	61%	
<b>Renda Mensal Familiar</b>			
1 a 2 salários mínimos	54	81%	0.3767
3 a 4 salários mínimos	7	7%	
Menos de um salário mínimo	6	6%	

Da amostra da pesquisa, 51 pessoas apresentavam deficiência física, das quais em 37 participantes a deficiência foi adquirida; 7 apresentavam deficiência sensorial, sendo 4 participantes com deficiências adquiridas; e 9 pessoas apresentavam ambos os tipos de deficiências, das quais 8 relataram deficiências adquiridas. Desse modo, todos os participantes apresentavam alguma condição física, congênita ou adquirida, que compromete e/ou afeta a execução de ocupações no seu cotidiano.

A partir das características das deficiências físicas ou sensoriais identificadas durante a entrevista, o diagnóstico nosológico pelo CID-10 foi definido e os 5 principais códigos referente ao perfil das deficiências estão apresentados na Tabela 2. Das 51 pessoas com deficiência física incluídas no estudo, em 4 não foi possível identificar algum código a ser atribuído, sendo excluídos dessa análise.

**Tabela 2.** Perfil clínico e limitações de atividades de pessoas com deficiência física e/ou sensorial do Marajó.

Variável analisada	n	%
<b>Condição clínica</b>		
G00 - G99 - Doenças do sistema nervoso	18	26,87%
S00 - T98 - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	12	17,91%
H00 - H59 - Doença no olho e anexos	10	14,92%
I00 - I99 - Doenças do aparelho circulatório	7	10,45%
<b>Deficiência das estruturas do corpo</b>		
s750 - Extremidade inferior	54	80,60%
s730 - Extremidade superior	27	40,30%
s740 - Pelve	27	40,30%
s120 Medula espinhal e nervos periféricos	20	29,85%
<b>Funções do corpo mais afetadas</b>		
b710 - Mobilidade das articulações	52	77,61%
b730 - Força muscular	47	70,15%
b735 - Tônus muscular	44	65,67%
b280 - Dor	33	49,25%
<b>Atividade e participação</b>		
d450 - Andar	48	71,64%
d430 - Levantar e carregar objetos	47	70,15%
d570 - Cuidar da própria saúde	32	47,76%
d540 Vestir-se	31	46,27%
<b>Fatores ambientais (barreiras)</b>		
e355- Profissionais da saúde	49	90,74%
e310 - Família imediata	48	88,89%
e360 - Outros profissionais que fornecem serviços relacionados à saúde	44	81,48%
e125 Produtos e tecnologia para comunicação	38	70,37%

Dessa forma, identificou-se entre os participantes com deficiência as 5 principais condições clínicas: Doenças do sistema nervoso (G00 -G99); Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98), H00 - H59 - Doença no olho e anexos, Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99) e M00 - M99 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Referente a deficiências das estruturas do corpo, têm-se a Extremidade inferior (s750); Extremidade superior (s730), Pelve (s740), s120 Medula espinhal e nervos periféricos e s110 Cérebro como mais acometidos. Na análise das funções do corpo mais afetadas estão: Mobilidade das articulações (b710); Força muscular (b730), Tônus muscular (b735), b280 - Dor e b235 - Vestibular.

Para verificar as barreiras influentes no ambiente físico e social da vida dos participantes, utilizou-se dados coletados do checklist adaptado da CIF, com base em quatro qualificadores, sendo eles: nenhum, leve, moderado e grave ou completo. Nesse cenário, cabe ressaltar que foram excluídas somente desta análise (fatores ambientais): 11 PcD física, 1 PcD sensorial e 1 PcD física e sensorial, porque não responderam aos componentes de fatores ambientais avaliados quando solicitados pelo entrevistador.

Os participantes apresentaram um significativo problema em atividades e participações como: Andar (d450); Levantar e carregar objetos (d430), Cuidar da própria saúde (d570), d540 Vestir-se e d510 Lavar-se (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc). Além disso, dentre os componentes de fatores ambientais, houve a prevalência de barreiras quanto às suas relações com Profissionais da saúde (e355); Família imediata (e310) e Outros profissionais que fornecem serviços relacionados à saúde (e360), e125 Produtos e tecnologia para comunicação e e320 Amigos (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

Referente ao perfil sociodemográfico, identificou-se que no marajó há uma distribuição de menos pessoas brancas do que o esperado

para a população do norte do País, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2022, o qual consta que 19,7% da população residente na região Norte se declararam como brancos e 8,3% se declararam como pretos<sup>13</sup>. Ademais, conforme os resultados, observou-se uma maior tendência de muito mais evangélicos nessa região e menos pessoas sem religião, bem como o nível de escolaridade com taxas de analfabetismo acima do esperado para o Brasil, com 5,6% de acordo com o último censo, assim, no Marajó esse público tem tendência de baixa escolaridade, apenas com o ensino médio ou nenhuma escolaridade<sup>14</sup>.

Os resultados indicam que a população com deficiência, residente da região do Marajó, que participaram do estudo, apresentaram, principalmente, deficiências físicas adquiridas após o nascimento envolvendo doenças do sistema nervoso, comprometimento da extremidade inferior e superior do corpo, deficiência na mobilidade articular, força e tônus como funções do corpo mais afetadas e impacto nas atividades de mobilidades e autocuidados e também nas relações interpessoais por profissionais da saúde e família imediata como barreira social.

Os resultados foram analisados de acordo com os seguintes grupos: somente deficiência física, somente deficiência sensorial e ambos os tipos de deficiência. Embora o número de participantes seja desproporcional entre os grupos, optou-se pelos grupos citados, a fim de compreender os perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde, levando em consideração os aspectos específicos de cada tipo de deficiência, entretanto, não é objetivo do estudo realizar comparações entre os grupos.

Para obter estes resultados, utilizou-se o CID-10, publicado pela OMS, como ferramenta que proporciona informações padronizadas acerca dos dados epidemiológicos por intermédio da codificação das patologias, facilitando a compreensão acerca do contexto de saúde local<sup>15</sup>. Bem como a CIF, que é baseada em um conceito biopsicossocial para eventos em saúde,

na qual a funcionalidade é um termo que engloba as funções e estruturas do corpo, as atividades e participação, por intermédio de diversos domínios referentes a condições de saúde, assim, um sistema de codificação<sup>10</sup>. Desse modo, tendo em vista a gama de componentes pertencentes a CIF, buscou-se destacar neste estudo os cinco componentes com valores mais significativos em cada domínio selecionado, levando em consideração a extensão de códigos numéricos disponibilizados para análise através da CIF.

Por se tratar do primeiro estudo a abordar o perfil clínico associado às limitações das atividades da PCFA, salienta-se a complexidade e fragilidade deste tema, necessitando de mais estudos, a exemplo dos levantamentos feitos pelo Inquérito de Saúde da cidade de São Paulo, cujos relatórios tratam de aspectos relacionados a deficiências físicas, visuais, auditivas e intelectuais da população visando justamente a reflexão, elaboração e aprimoramento de políticas públicas, que apesar de abordar apenas a área urbana, é uma boa iniciativa governamental para melhorias nessa problemática<sup>15</sup>. Neste artigo, buscamos relacionar nossos resultados com pesquisas que apresentem um contexto social, educacional, econômico e geográfico semelhante ao encontrado na região do Marajó.

Compreende-se que a deficiência pode ser congênita, ou seja, estar presente desde o nascimento, ou pode ser adquirida, influenciada por inúmeras situações externas, como traumas, infecções e intoxicações<sup>16</sup>. Dos participantes envolvidos na pesquisa, aproximadamente, 73% adquiriram uma doença após o nascimento, por influência dos hábitos, condições de vida ou pelo ambiente social e de trabalho no qual está inserido. Entende-se que um cenário social com condições insuficientes de saúde e um ambiente desestruturado torna a comunidade mais vulnerável a desenvolver algum tipo de deficiência, sobretudo física<sup>17</sup>. Esse cenário também é identificado por Nogueira et al., que, em seu estudo com pessoas com deficiência

física residentes de Florianópolis, relatou um predomínio de deficiências advindas de doenças crônicas não transmissíveis (47, 48%)<sup>18</sup>.

O diagnóstico situacional do Arquipélago visibiliza os baixos níveis de indicadores sociais da região, transparecendo sistemas de saneamento, saúde e educação deficitários<sup>19</sup>. Este cenário reflete as adversidades que impactam a qualidade de vida em vários aspectos, sobretudo de minorias invisibilizadas, como a população com algum tipo de deficiência que apresenta baixa renda (N= 54), cuja renda familiar mensal varia de 1 a 2 salários mínimos; e de baixa escolaridade (N= 38), cujo ensino formal ocorreu somente do ensino fundamental.

Associado à condição de baixa escolaridade, houve também uma prevalência de 36,17% dos sujeitos com algum tipo de deficiência física advindas de doenças no sistema nervoso, como por exemplo sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Nesse contexto, Xiuyun et al. utilizaram a randomização mendeliana para estimar a causalidade e associação entre educação e a incidência de AVC, identificando que indivíduos com maiores níveis de escolaridade possuem menor taxa de AVC total e isquêmico, mas sem incidência de AVC hemorrágico<sup>20</sup>. Ademais, o estudo de Che et al. também complementam a ideia e observa em sua pesquisa que o baixo nível de escolaridade é um fator de risco para o aumento da mortalidade por AVC, independentemente da presença ou ausência de outros fatores de risco, uma vez que a situação educacional insuficiente inviabiliza a participação e autonomia da comunidade no processo saúde e doença<sup>21</sup>.

Além disso, outro ponto a ser destacado é que indivíduos com doenças que acometem o sistema nervoso e sensorial possuem grande morbidade e mortalidade e suas deficiências impactam de forma variada na saúde, mobilidade, funcionalidade e participação social<sup>22</sup>. Essas alterações interferem na independência dos sujeitos, sobretudo na realização de Atividade de



Vida Diária (AVD), como relatado em limitações nas atividades de se lavar e vestir dos sujeitos incluídos no estudo. Isso porque alterações fisiológicas resultam em incapacidades, reduzindo o desempenho do indivíduo nas AVD 's<sup>23</sup>.

Entretanto, os principais motivos que comprometem a maior integração social dessas pessoas perpassam pelas barreiras ambientais, socioeconômicas e na desigualdade de oferta dos serviços nas diferentes regiões do país<sup>19</sup>. As atividades podem ser influenciadas por relações interpessoais, sobretudo no ambiente familiar, tendo em vista que é o primeiro contexto de socialização no qual o indivíduo é inserido e se apresenta como um importante fator de inclusão à pessoa com deficiência. Desse modo, um desequilíbrio nessas relações pode afetar a qualidade de vida e funcionalidade do indivíduo<sup>24</sup>. Sob essa ótica, compreende-se que a família pode ser uma barreira social, promovendo experiências de incapacidade, como relatado por um maior número de participantes da pesquisa (N= 49), embora este resultado contraponha hipóteses iniciais de que houvesse maiores prevalência de barreiras físicas, seja por mudanças ambientais ou produtos e tecnologias.

Complementar a esse cenário, o Ministério da Saúde do México conduziu uma Pesquisa Nacional de Percepções de Deficiência na População Mexicana de 2010 para pessoas com deficiência de zona urbana e zona rural, relacionada com a saúde e com deficiência e a sua associação com a percepção de barreiras ambientais fora do domicílio<sup>25</sup>. Houve associação dos fatores relacionados às limitações físicas e à incapacidades, fortemente relacionadas à percepção de barreiras ambientais, considerando a capacidade física do indivíduo.

Também foi observado que 21% das PcD não possuem nenhum nível de escolaridade, estando muito abaixo dos indicadores para pessoas com 25 anos ou mais de idade no Brasil - 6,4%<sup>26</sup>. Este dado pode estar relacionado, sobretudo, à falta de acessibilidade nas escolas

municipais, bem como pela falta de qualificação dos profissionais da educação em entender as particularidades dos alunos com algum tipo de deficiência, criando assim um ambiente desfavorável para a inserção do indivíduo neste meio é favorável à evasão escolar. Portanto, é preciso que invista-se em uma educação inclusiva. Entretanto, segundo Oliveira et al., “para que a educação inclusiva aconteça da maneira correta, são necessárias melhorias em vários aspectos de uma atmosfera escolar, desde a infraestrutura até a qualificação contínua dos profissionais que atuam dentro e fora do ambiente escolar” (p. 286)<sup>27</sup>.

Ademais, compreende-se que a dinâmica territorial do Arquipélago do Marajó sofreu várias influências sociais, as quais levaram a alterações socioeconômicas, baseando a economia local, principalmente, em pecuária e extrativismo vegetal<sup>28</sup>. Posto isso, 28,20% dos sujeitos da pesquisa apresentaram deficiência devido ao código S00-T98 - lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, causadas em sua maioria nos locais de trabalho. Referente a estas condições, Roggio et al. apresenta em seu estudo condições de risco presentes no emprego agrícola, através de uma análise eletromiográfica, testando as atividades musculares com roçadeira, serra elétrica e podadeira, identificando a presença de inúmeros distúrbios físicos nos trabalhadores<sup>29</sup>. Logo, observa-se que nas ocupações, sobretudo àquelas referentes a atividades extrativistas, há inúmeras situações propensas ao comprometimento da integridade do trabalhador. Assim, este tipo de situação laboral prevalente no Marajó dispõe de inúmeros fatores de risco ocupacionais, que, quando não vistoriados, atentam contra a dignidade física dos indivíduos.

Ainda nessa condição clínica, há a presença de acidentes ofídicos prevalentes nos municípios do Marajó, relatados entre os participantes do estudo como etiologia para sua deficiência. Conforme dados epidemiológicos

do Ministério da Saúde<sup>30</sup>, regiões como Norte do Brasil possuem maiores incidências de casos de picadas de cobra, sobretudo em áreas rurais durante períodos quentes e chuvosos. Desse modo, compreende-se a importância de demandar atenção à temática, tendo em vista os prognósticos de morbidade e mortalidade advindos de picadas de cobras, como deformidades e amputações nos membros inferiores<sup>31</sup>.

Com base nesse contexto, é certo que regiões amazônicas contam com singularidades como um baixo apoio assistencial, devido ao distanciamento geográfico, desigualdades sociais e econômicas, dentre outras limitações. Logo, o Arquipélago do Marajó possui fenômenos sociais únicos, que exigem particulares medidas de intervenções. Dentro dessa perspectiva, Puszka et al.<sup>8</sup> aborda em seu estudo as implicações dos serviços de saúde de apoio à deficiência dos povos das primeiras nações australianas, identificando as barreiras de acesso aos serviços, há exemplos de acesso restrito à telessaúde, residências em áreas remotas, limitações de intérpretes, além de barreiras culturais.

Sendo assim, compreende-se que a construção de políticas públicas devem pôr em destaque as reais condições presentes nos municípios, bem como abordagens fundamentadas em estudos realizados na região. Destaca-se que o acesso regular aos serviços de saúde possibilita a prática de promoção e educação em saúde, objetivando a minimização de problemáticas, como a baixa escolaridade e barreiras no acesso à informação e saneamento adequado, discutidas no atual estudo.

Os pontos fortes do presente estudo incluem a originalidade da temática abordada em um complexo território de isolamento social e geográfico, incluindo uma pesquisa de campo baseada nas classificações de referência da OMS, proporcionando referência e incentivo a futuros estudos. Após a conclusão da pesquisa de campo, foram elaborados relatórios de acessibilidade referente a cada município visitado, os quais

serão entregues ao poder executivo municipal, a fim de contribuir para intervenções futuras.

A principal limitação do estudo realizado diz respeito a escassez de literatura para ser utilizada como base e parâmetro de comparação, considerando que este é um estudo inovador. Além disso, o estudo também apresentou muitos avaliadores responsáveis pelas realizações das entrevistas. Sabendo que diferentes avaliadores podem influenciar na maior ou menor dificuldade de compreender certas perguntas, essa variável pode ter levado ao entrevistado optar por deixar algumas perguntas sem respostas, embora, destaca-se que todos receberam o mesmo treinamento para a aplicação dos instrumentos.

Conforme relatado neste estudo, o meio no qual o indivíduo com está inserido, nível de escolaridade e estilo de vida impactam diretamente na sua saúde, salientando a prevalência de deficiências físicas adquiridas após o nascimento encontradas neste estudo. Dessa forma, a identificação de fatores modificáveis e influentes no âmbito da saúde é imprescindível para a adoção de medidas eficazes, com o intuito de evitar fatores de risco como: agentes tóxicos, doenças crônicas não transmissíveis, carência de saneamento básico, entre outros. Ademais, ressaltamos a implicação da abordagem biopsicossocial para a análise de fatores biológicos, psicológicos e sociais nas dimensões que constituem o bem estar do ser humano, o qual deve ser compreendido para além do modelo biomédico.

## CONCLUSÃO

Dessa forma, até onde sabemos, este é o primeiro relato descrevendo o perfil clínico das pessoas com deficiência física e/ou sensorial do Marajó com o uso da CID-10, associado às limitações das atividades por meio do uso do checklist CIF. Houve um predomínio de baixa escolaridade e baixa renda familiar mensal entre

os entrevistados. Além disso, referente aos tipos de deficiência, os participantes apresentaram principalmente deficiência física adquirida após o nascimento envolvendo doenças do sistema nervoso, apresentando, também, comprometimento da extremidade inferior e superior do corpo, deficiência na mobilidade articular, força e tônus como funções do corpo mais afetadas e impacto nas atividades de mobilidade e autocuidado, sobretudo se lavar e vestir, e também nas relações interpessoais por profissionais da saúde e família imediata como barreira social.

Dessa forma, a partir dos resultados encontrados, compreende-se a influência do contexto social, educacional, econômico e geográfico na condição clínica e no desempenho funcional de pessoas com deficiência residentes no Arquipélago do Marajó. Cabe destacar que a coexistência desses cenários também foram identificados em estudos com ambientes semelhantes e em território internacional. Assim, compreende-se que para o planejamento de melhorias da funcionalidade de pessoas com deficiência em regiões com singularidades geográficas é necessário conhecer informações atualizadas acerca do perfil da população, bem como suas limitações de atividades e fatores que constituem barreiras.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos, responsável pelo financiamento da pesquisa; bem como aos participantes, discentes e profissionais que contribuíram para o desenvolvimento deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Dew A, Barton R, Gilroy J, Ryall L, Lincoln M, Jensen H, Flood V, Taylor K, McCrae K. Importance of Land, family and culture for a good life: Remote Aboriginal people with disability and carers. *Australian Journal of Social Issues*, v. 55, n. 4, p. 418-438, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajs4.96>
2. Nascimento RG, Cardoso RO, Pinto DS, Magalhães CMC. Fragilidade de idosos ribeirinhos amazônicos: das trajetórias metodológicas aos desafios em saúde pública. *Saúde e Pesquisa*, v. 12, n. 2, p. 367-375, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p367-375>
3. Alves, F. Organizador. *A função socioambiental do patrimônio da União na Amazônia*. Brasília: Ipea; 2016.
4. Morgado AV, Portugal LS, Mello AJR. Acessibilidade na Região Amazônica através do transporte hidroviário. *Journal of Transport Literature*. 2013; 7(2):97-123,. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2238-10312013000200006>
5. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. *Saúde em Debate* 2018; 42(spe1):302-314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>
6. Alford VM, Remédio IJ, Webb GR, Ewen S. The use of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in indigenous healthcare: a systematic literature review. *Int. j. equity health.*, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-32>
7. Ursine BL, Pereira ÉL, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2018; 22(64):109-120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0666>
8. Puszka S, Walsh C, Markham F, Barney J, Yap M, Dreise T. Community based social care models for indigenous people with

- disability: A scoping review of scholarly and policy literature. *Health & Social Care in the Community*, v. 30, n. 6, p. e3716-e3732, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.14040>
9. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 6 de jul.
  10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Geneva: OMS; 2001.
  11. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(2):324-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
  12. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):187-193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
  13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conheça o Brasil: População - Cor ou Raça. Educação IBGE. <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em 06 de dezembro de 2023.
  14. Almeida MSC, Sousa-Filho LF, Rabelo PM, Santiago BM. Classificação Internacional das Doenças - 11 revisão: da concepção à implementação. *Rev Saude Publica* 2020; 54:104. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002120>
  15. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim ISA Capital 2015, nº 16, 2018: Deficiência na cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2018, 38 p.
  16. Macedo PCM. Deficiência física congênita e saúde mental. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 2008; 11(2):127-139. Disponível em: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.11.228>
  17. Barreto MCA, Araújo LF, Castro SS. Relação de fatores pessoais e ambientais com a prevalência de deficiências físicas adquiridas no Brasil - estudo de base populacional. *Cien Saude Colet* 2022; v. 27(4):1435-1442. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06472021\\_](https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06472021_)
  18. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. *Cien Saude Colet*, v. 21, p. 3131-3142, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>
  19. BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Programa Abrece o Marajó: Plano de Ação 2020-2023 / Damares Alves / Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. BRASIL: 2020.
  20. Xiuyun W, Qian W, Minjun X, Weidong L, Lizhen L. Education and stroke: evidence from epidemiology and Mendelian randomization study. *Sci Rep* 2020; 10(1):1-11 Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78248-8>
  21. Che B, Shen S, Zhu Z, Wang A, Xu T, Peng Y, Li Q, Ju Z, Geng D, Chen J, He J, Zhang Y, Zhong C. Education Level and Long term Mortality, Recurrent Stroke, and Cardiovascular Events in Patients With Ischemic Stroke. *Journal of the American Heart Association* 2020; 9(16): e016671. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.016671>
  22. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(5):459-480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)

23. Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA, Laredo-Aguilera JA, López-Soto PJ, Santacruz-Salas E, Cobo-Cuenca AI. (2019). Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLoS ONE*, 14(7), e0220157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220157>
24. Bossardi CN, Chesani FH, Nalin F, Mezadri T. Funcionamento familiar e deficiência: Um estudo com pessoas com deficiência física adquirida na região do Vale do Itajaí (SC). *Psicol. ciênc. prof.* 2021; 41(spe3):e190599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190599>
25. Rodríguez LG, León DM, González JCM, Botero MA. Factors associated with environmental barriers of people with disabilities in Mexico. *Rev. saúde pública.*, v. 53, p. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000556>
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de pesquisas coordenação de trabalho e rendimento, pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 2012-2019. [cited 2023 Jun 18]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>
27. Oliveira, GS de, Gonçalves, KRB, Gama, E. de A., Costa, DS, Costa, AS, & Braga, ME de S. A inclusão da pessoa com deficiência física: um relato sobre o IFPA Campus Breves. *Revista Brasileira de Desenvolvimento* 2021; 7(1): 284-93. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-021>
28. Carvalho JPL, Cruz BEV, Calvi MF. Política agrária e o ordenamento territorial no Marajó, Pará. *Mercator (Fortaleza)* 2019; 18(e18013). Disponível em: <https://doi.org/10.4215/rm2019.e18013>
29. Roggio F, Vitale E, Filetti V, Rapisarda V, Musumeci G, Romano E. Ergonomic Evaluation of Young Agricultural Operators Using Handle Equipment Through Electromyography and Vibrations Analysis Between the Fingers. *Saf Health Work* 2022; 13(4):440-447. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.07.003>
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica. BRASIL: 2022. [cited 2023 Jun 18] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-ofidicos/situacao-epidemiologica>
31. Roriz KRPS, Zaqueo KD, Setubal SS, Katsuragawa TH, da Silva RR, Fernandes CFC, Cardoso LAP, Rodrigues MMS, Soares AM, Stábeli RG, Zuliani JP. Epidemiological study of snakebite cases in Brazilian Western Amazonia. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2018; 51(3):338-346. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0489-2017>

**Recebido:** 12 dez 2023

**Aceito:** 18 mar. 2024